



# DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

## COMISIONES MIXTAS

Año 2002

VII Legislatura

Núm. 119

### DE RELACIONES CON EL DEFENSOR DEL PUEBLO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JOSÉ LUIS BERMEJO FERNÁNDEZ

Sesión núm. 11

celebrada el lunes, 16 de diciembre de 2002,  
en el Palacio del Congreso de los Diputados

#### ORDEN DEL DÍA:

- Comparecencia del señor Defensor del Pueblo (Música Herzog) para informar sobre el estudio monográfico «Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud». A petición propia. (Número de expediente del Congreso 261/000006 y número de expediente del Senado 781/000006.) .....

Página

2902

### Se abre la sesión a las cinco y cinco minutos de la tarde.

El señor **PRESIDENTE**: Buenas tardes, señorías. Bienvenidos, señor Múgica, Defensor del Pueblo; doña María Luisa Cava de Llano, primera adjunta del Defensor y don Manuel Aguilar Belda, adjunto segundo; así como todo su equipo de trabajo de la institución.

En la sesión de hoy vamos a tratar un tema que tiene y ha tenido siempre una incidencia considerable ante la opinión pública española. Es evidente que la sociedad siempre está más sensibilizada cuando se trata de hablar de una cosa que nos preocupa a todos como es la salud.

En la línea de trabajo de la institución del Defensor del Pueblo está siendo muy importante la serie de informes monográficos en los que se está incidiendo, al margen del preceptivo informe que tiene que presentar anualmente. El Defensor del Pueblo ha preparado un informe monográfico, cuyo título es *Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud*, y ése es justamente el informe monográfico que vamos a debatir hoy. Sus señorías ya lo conocen desde hace dos semanas, por tanto, hoy es el momento de analizarlo.

Sin más preámbulos, cedo la palabra con mucho gusto al Defensor del Pueblo, don Enrique Múgica.

El señor **DEFENSOR DEL PUEBLO** (Múgica Herzog): Señor presidente de la Comisión mixta, señorías, después de 23 años de vida parlamentaria, continuo siendo un ingenuo. Yo pensaba que los primeros que conocían este informe eran SS.SS. y veo que ha salido en todos los medios de comunicación, como el otro. Se me ocurrió llamar a la presidenta del Congreso para preguntarle: ¿qué pasa? Esto ya es un pez que huele. Y la presidenta me contestó: Parece mentira, Enrique, que seas tan ingenuo después de tantos años, porque el primer papel que entra en el registro enseguida vuela y no se sabe en qué campos va a aterrizar. Por eso hemos tardado tanto.

Durante la sesión celebrada en el Congreso de los Diputados el día 8 de noviembre del año 2000, en el marco de la comparecencia del Defensor del Pueblo para presentar el informe correspondiente a la gestión realizada durante el año 1999, esta Comisión Mixta sugirió la posibilidad de que la institución que me honro en presidir elaborara un estudio monográfico sobre las listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. La propuesta tuvo una muy favorable acogida por nuestra parte, no sólo por la trascendencia de la encomienda recibida sino también porque nos permitía ahondar en un problema que desde hace tiempo ha suscitado la preocupación institucional, preocupación que, como no podía ser de otro modo, coincide con las demandas de una sociedad que reclama,

cada día con mayor nivel de exigencia, la mejor atención posible por parte del Sistema Nacional de Salud como expresión de un derecho constitucionalmente reconocido.

Como se sabe por los datos recogidos por diferentes entidades e instituciones especializadas en investigaciones sociológicas, la salud y la atención sanitaria son los temas de mayor relevancia e interés en la valoración de los españoles. Y, en el centro de ese interés, los ciudadanos se han pronunciado reiteradamente señalando que el principal problema del sistema público sanitario es la existencia de dilatados tiempos de demora para recibir la asistencia sanitaria no urgente. Ello está en consonancia con las numerosas quejas formuladas ante la institución del Defensor del Pueblo en materia de sanidad, en las que destaca de forma primordial la existencia de largas listas de espera socialmente inaceptables, tanto para consultas médicas como técnicas y pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas. Quejas que, en definitiva, están estrechamente relacionadas con los principios que vertebran nuestro Sistema Nacional de Salud, entre los que cabe destacar el de la solidaridad, que se traduce en un consenso social para atender a quien resulta enfermo, el de la equidad, entendida como igual oportunidad de uso ante idéntica necesidad, y el de la eficiencia, valor este último aún en fase emergente entre la ciudadanía y, por tanto, con un menor nivel de exigencia.

Como SS.SS. bien conocen, en el año 1986, y en el desarrollo de las previsiones contempladas en nuestra Constitución, se aprobó la Ley General de Sanidad, con la que se iniciaba un proceso de transición desde un modelo de Seguridad Social puramente contributivo hacia un Sistema Nacional de Salud en el que debían integrarse de forma coordinada las diversas estructuras y redes asistenciales públicas existentes en España con el fin, declarado en la ley, de garantizar la universalidad del derecho a la protección de la salud, con financiación tendencialmente no contributiva y gestión y descentralización en el nivel autonómico. Las tradicionales desconexiones y descoordinaciones de la actividad pública sanitaria hallaron pues en la Ley General de Sanidad un remedio adecuado, a través del establecimiento de una estructura unitaria de todos los organismos y recursos públicos en este ámbito. La integración se produjo, en consecuencia, tanto a nivel nacional como en el marco de cada comunidad autónoma. A este respecto, la ley configura el Sistema Nacional de Salud como la totalidad de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas. Se trataba, en definitiva, señorías, de compatibilizar la integración de los servicios públicos sanitarios con los mandatos constitucionales sobre descentralización territorial. En este contexto se han efectuado las transferencias en materia de asistencia sanitaria a las diecisiete comunidades autónomas que vertebran el Estado español.

En relación con dicho traspaso importa tener presente que hasta el 31 de diciembre de 2001 tan sólo siete comunidades autónomas habían asumido la gestión de la asistencia sanitaria; concretamente las de Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y el País Vasco, lo que venía a suponer la atención sanitaria del 61,82 por ciento de la población protegida, en tanto el Instituto Nacional de la Salud seguía siendo responsable de la gestión que afectaba al 38,18 por ciento restante. Pues bien, el día 1 de enero de 2001 culminó el proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria mediante la asunción de las competencias referidas a dicha materia por parte de las diez comunidades autónomas que todavía no lo habían hecho, y así se completaba la descentralización prevista en la ley sanitaria.

A modo de resumen, los principios generales que presiden el Sistema Nacional de Salud español son: cobertura universal, financiación pública, asistencia integral, coordinación, eficacia y eficiencia, participación ciudadana y descentralización de la gestión en las comunidades autónomas. Por consiguiente, puede afirmarse que en nuestro país tenemos un modelo sanitario que por su financiación pública, por la extensión y alcance de las prestaciones, por la práctica universalidad con la que se presta la asistencia, por la cualificación de los profesionales y por la dotación de los centros de alto contenido tecnológico, resulta parecido, y presenta también problemas similares, a los de los vecinos países de la Unión Europea, los cuales exigen un esfuerzo de transformación y modernización permanente, en orden a garantizar su viabilidad futura. En efecto, todos los sistemas de salud de los países cercanos a nuestro entorno económico y cultural se enfrentan a la misma necesidad de contener el crecimiento del gasto provocado por un cada vez mayor reclamo de servicios de alto contenido tecnológico y elevado coste por su superior calidad; al envejecimiento progresivo de la población, que supone otro incremento de las necesidades de atención y gasto, y a la exigencia de reorientar sus servicios de forma que respondan a las peticiones de los ciudadanos y potencien su capacidad de elección y decisión. Y una de las principales consecuencias derivadas de esta progresión en la demanda de la atención sanitaria es, lógicamente, la aparición de las denominadas listas de espera, que constituyen, sin duda, un denominador común de los sistemas sanitarios establecidos con carácter universal y financiados públicamente.

En relación con dichas listas de espera es menester tener presentes dos consideraciones de indudable alcance. En primer lugar, que pueden ser la expresión natural de un imposible acoplamiento diario entre oferta y demanda y que en ellas se incluye a los pacientes que, conforme a criterios clínicos, pueden esperar cierto tiempo a que se les dispense la debida atención médica. Y en segundo término, que la presencia de lis-

tas de espera no ha de considerarse en sí misma como una circunstancia necesariamente reprochable, en la medida en que tiempos de demora razonables pueden representar un factor de aprovechamiento del sistema y ser expresión de una mayor rentabilidad social de los recursos públicos necesariamente limitados. Por el contrario, nada puede justificar períodos de espera excesivos y por ello inaceptables desde la óptica de nuestro Estado social y de derecho. Lo cierto es que en España existe hoy un elevado número de pacientes que se ven obligados a esperar un tiempo excesivo para ser diagnosticados o recibir tratamiento especializado, interrumpiéndose durante estos períodos la efectividad del derecho a la protección de la salud, con las repercusiones que ello conlleva, en la medida en que puede impedir la participación laboral, social, cultural y política de los ciudadanos e incluso poner en riesgo la propia vida de los pacientes.

De lo dicho se desprende la necesidad inexcusable de gestionar las listas de espera con eficacia y equidad, exigencia que encuentra también justificación por los motivos siguientes. Primero, porque los datos que pueden permitir una aproximación al análisis de las verdaderas causas de las listas de espera han sido tradicionalmente escasos, desagregados y en ocasiones poco veraces. En segundo término, porque no se efectúan regularmente revisiones clínicas a los enfermos que esperan, con el riesgo que ello supone de posibles empeoramientos. En tercer lugar, porque existe un considerable número de pacientes no incluidos en listas de espera, a pesar de haber recibido una indicación clínica en tal sentido, mientras figuran en ellas otras personas que ya no precisan tratamiento. Finalmente, por la opacidad y falta de suficiente información a los pacientes en relación con los tiempos de espera.

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

Estas graves carencias en materia de tecnología de la información contrastan con el hecho de que los centros hospitalarios se encuentran entre las empresas que mueven más medios económicos en sus lugares de ubicación y en sus áreas de influencia. Para una cabal comprensión de estas limitaciones, baste señalar que, según pone de manifiesto un número representativo de servicios de salud, los sistemas de información no per-

miten conocer con exactitud el alcance y extensión de sus respectivas listas de espera, y que centros hospitalarios con presupuestos que superan los 270 millones de euros (45.000 millones de pesetas) y con varios miles de trabajadores no están informatizados integralmente, lo que imposibilita una información adecuada.

Por ello, desde el comienzo de sus actividades en 1983, la institución que presido ha venido prestando una especial atención al problema del alcance y extensión de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, dejando constancia de todas las carencias y limitaciones percibidas en los sucesivos informes anuales presentados a las Cortes Generales. Ya en el correspondiente a 1990, se aludía a la existencia de amplias demoras en esas listas, a numerosos errores administrativos en su gestión, al insuficiente número de especialistas en determinadas áreas hospitalarias, al elevado porcentaje de ocupación de algunos servicios médicos y a la necesidad de intensificar los programas dirigidos a reducir tiempos de espera dilatados.

En el informe de 1991 se hacía referencia a la falta de adecuación entre los recursos asistenciales y las demandas de la población, a disfunciones en la gestión de las listas de espera y a la inevitable utilización de medios ajenos a la Seguridad Social por parte de los ciudadanos en busca de la atención sanitaria que indudablemente precisaban. Posteriormente, en el informe correspondiente a 1992, se destacaba, entre otros aspectos, la persistencia de amplios períodos de espera —en algunos casos, de varios años— en las especialidades de traumatología, oftalmología, cirugía, neurología y urología, así como la existencia de fuertes desequilibrios territoriales, con la consiguiente desigualdad que ello implicaba en el acceso a las prestaciones sanitarias.

En el informe de 1993 se subrayó la conveniencia de ampliar el número de patologías que habían sido incluidas en determinados programas de reducción de listas de espera, teniendo en cuenta las especialidades en las que incidían una y otra vez las quejas recibidas por la institución. Al año siguiente, se expuso la necesidad de establecer tiempos máximos de espera, a la vez que se apuntaba que la demora excesiva debería permitir acudir a medios ajenos a la Seguridad Social, con cargo a la misma, en los supuestos en que los servicios de salud no garantizaran una atención puntual a los ciudadanos.

En el informe del año 2000 —el primero que yo presenté— se dejó constancia de una investigación de oficio sobre listas de espera quirúrgica en cirugía cardíaca. Por último, en el de 2001 se hizo especial hincapié en la existencia de amplias demoras para acceder a las técnicas de reproducción humana asistida, como consecuencia del insuficiente número de centros en los que se llevaban a cabo estos procedimientos. En la práctica, esto se traduce en que, en ocasiones, el sistema público sanitario no dispensa a los ciudadanos una prestación

sanitaria que ha de serles facilitada directamente y financiada con cargo a fondos estatales adscritos a la sanidad.

En consideración a los antecedentes citados, la institución del Defensor del Pueblo, a la hora de abordar el estudio monográfico que ahora presento ante esta Comisión Mixta, entendió que era preciso, en primer término, intentar cuantificar el alcance y extensión de las listas de espera para, posteriormente y sobre la base de los datos obtenidos, efectuar las oportunas propuestas de actuación. No obstante y con objeto de acotar en lo posible tan extenso campo, se consideró que el estudio habría de girar primordialmente en torno a primeras consultas médicas, determinadas pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas. La elección se fundamentó, por un lado, en la estimación de que los sistemas de información de los diferentes servicios que integran el Sistema Nacional de Salud permitían conocer, al menos de forma aproximada, el alcance real de la extensión de la lista de espera quirúrgica; y, por otro, en la percepción de esta institución, respecto a consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, de que los sistemas de información no posibilitaban un conocimiento veraz de los datos a ellas referidos. Por eso el estudio se circunscribe, para lograr la mayor definición posible, a primeras consultas médicas, a determinadas pruebas diagnósticas (en concreto, a las más frecuentes) y a intervenciones quirúrgicas programadas.

En cuanto al método escogido para la elaboración del estudio, desde el primer momento fuimos conscientes de que resultaba imprescindible, con el fin de obtener una valoración real y directa de la extensión de las listas de espera, la determinación de una serie de indicadores con significado homogéneo en todo el territorio nacional, ya que el primer obstáculo para concretar el número de pacientes en lista de espera y los correspondientes tiempos de demora residía precisamente en la heterogeneidad y en el nivel de fiabilidad de los sistemas de información. Más aún, resultaba evidente que los sistemas de información no permitían la posibilidad de efectuar comparaciones entre comunidades autónomas y áreas de salud, a fin de lograr una aproximación a las causas reales de la existencia de listas de espera a través de datos cuantitativos. Finalmente, se optó por utilizar algunas de las propuestas del grupo de expertos creado por el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud en junio de 2000, que estableció una serie de criterios estandarizados para el cómputo de las listas de espera y para la definición de indicadores de medida y seguimiento de tales listas.

Partiendo de esta base, y tomando como referencia algunos de los mencionados criterios e indicadores, la institución del Defensor del Pueblo se dirigió a las consejerías de sanidad o salud de las diferentes comunidades autónomas y al Instituto Nacional de la Salud, el 17 de enero de 2002, solicitando diferentes datos relativos

al número de personas incluidas en las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas, así como los correspondientes tiempos de demora, tiempos todos ellos referidos a pacientes en espera estructural, es decir, aquellos cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles en cada centro. Los informes remitidos por las distintas administraciones sanitarias para contestar al Defensor del Pueblo se han caracterizado, salvo contadas excepciones, por la diversidad de sus contenidos, la falta de correspondencia con los indicadores que se habían solicitado y la tardanza en su envío, todo lo cual ha supuesto una dificultad añadida en la elaboración del estudio, especialmente a la hora de valorar con precisión y exactitud los datos recibidos.

Considerando, por un lado, que algunas comunidades nos habían facilitado datos incompletos sobre las diferentes listas de espera como consecuencia de las limitaciones de sus sistemas de información, y teniendo presente, por otro lado, la tardanza de ciertos organismos en remitir la información pedida, se optó por efectuar visitas a 29 centros hospitalarios de aquellos servicios de salud que, o bien no habían enviado en su momento el informe solicitado o, habiéndolo remitido, la información contenida era claramente insuficiente. Estas visitas se efectuaron, en su mayor parte, durante los siete primeros meses del presente año. En el marco de estas visitas puntuales y necesariamente limitadas, dado el elevado número de centros hospitalarios existentes, se analizaron los sistemas de información en orden a determinar, en cada caso y según sus características, los indicadores que se podían obtener. Entre otras comprobaciones, se procedió a verificar, mediante muestreos, los primeros huecos disponibles en las agendas médicas, a fin de precisar cuál era la demora que afectaría a un paciente que fuera citado en ese momento. Estas comprobaciones, llevadas a cabo ante los sistemas de información y por los responsables de las unidades de admisión y documentación clínica, se dirigían a conocer la espera estructural, es decir, la derivada de la organización y medios disponibles en los centros visitados. Una vez conseguida la información, procedimos a la compleja tarea de procesar las cifras y valorar los datos obtenidos. El resultado de todo ello arroja las conclusiones que seguidamente expongo, relativas tanto a la gestión como a la extensión de la listas de espera.

En primer término y en lo que se refiere a la gestión, hay que comenzar precisando que la actividad desarrollada en relación con las denominadas consultas externas y las técnicas y pruebas diagnósticas viene ocupando tradicionalmente una posición secundaria respecto a la de la hospitalización. Fiel reflejo de lo anterior es el hecho de que en los últimos años los servicios de salud han elaborado ambiciosos planes estratégicos en los que la reducción de la demora quirúrgica, la mejora de los sistemas de información y los

costes por proceso en el ámbito de la hospitalización han ocupado un papel preeminente frente al escaso interés demostrado por las áreas de consultas externas y de técnicas y pruebas diagnósticas. No obstante la magnitud de la actividad y la creciente relevancia asistencial de las consultas externas, así como de las técnicas y pruebas diagnósticas, lo cierto es que la inadecuada gestión de las listas de espera, la escasa transparencia informativa y el insuficiente desarrollo de los sistemas de información que reducen la validez y fiabilidad de los datos que contienen son caracteres determinantes que presiden la actividad en esta área de la sanidad. Es más, un representativo número de los servicios que integran el Sistema Nacional de Salud consultados manifiesta abiertamente que sus sistemas de información no permiten conocer con exactitud el alcance de las listas de espera en consultas y pruebas diagnósticas. Por otra parte, no se dispone de un sistema de información con significado homogéneo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, variando los criterios de cómputo y medida no sólo entre los propios servicios de salud, sino incluso entre los hospitales de una misma zona. Ello impide lógicamente, entre otros aspectos, efectuar análisis comparativos que permitan, a través de datos cuantitativos, una aproximación a las causas que originan las listas de espera. Hay que agregar a todo ello que la configuración de los sistemas informáticos de un buen número de centros hospitalarios no permite diferenciar la denominada espera estructural, es decir, aquella atribuible a la organización y recursos disponibles, de la que deriva de razones clínicas o de motivos de carácter personal o laboral. Finalmente, no existen en todos los casos registros centralizados de pacientes en situación de espera, siendo dispares, incluso entre los centros de una misma zona, los criterios en torno a la inclusión, salidas y movimientos de pacientes en esos registros y agendas médicas.

En lo que se refiere a las consultas externas y a las técnicas y pruebas diagnósticas cabe subrayar que no resulta infrecuente la práctica de las denominadas agendas cerradas, práctica que da lugar a que numerosos pacientes permanezcan en situación de espera, incluso durante un elevado número de meses, pendientes de que se les asigne una fecha para ser atendidos.

En otro orden de cosas, el protagonismo de las unidades de admisión o servicio competente en la gestión de las listas de espera difiere sensiblemente de uno a otro centro hospitalario en la medida en que en muchos casos son los propios servicios clínicos o centrales quienes habilitan la estructura de las agendas médicas, suministran las citas y efectúan la inclusión en los respectivos registros. Asimismo, el nivel de participación de los centros de atención primaria en la lista de espera referidas a la atención especializada es muy desigual. En algunas áreas de salud dichos centros suministran citas de primeras consultas del ámbito

especializado y actúan como referente de los pacientes en aspectos relacionados con la gestión de las mismas, pero en la mayor parte de las áreas los circuitos asistenciales son más complejos y burocratizados al no poder acceder los equipos de atención primaria a las agendas de atención especializada. Hay que añadir además que, con independencia del carácter ordinario o preferente otorgado al proceso de enfermedad, los servicios de salud no han establecido, en términos generales, otros criterios explícitos de indicación quirúrgica y de prioridad de los pacientes en lista de espera, otorgando al factor antigüedad dichas listas un papel predominante.

Por último, señorías, hay que destacar también en relación con la gestión de las listas de espera que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud no están señalados tiempos máximos de espera para consultas externas ni para técnicas diagnósticas y terapéuticas, siendo minoría los servicios de salud que han establecido esta garantía en procedimientos quirúrgicos programados.

En cuanto a la extensión de las listas de espera, las conclusiones de nuestro estudio no resultan muy alentadoras. Del análisis sistemático de la información facilitada por las comunidades autónomas y por el Insalud, así como de la obtenida en las visitas puntuales realizadas a los centros hospitalarios, se desprende la existencia en términos generales de demoras clínica y socialmente inaceptables. En la mayor parte de las comunidades visitadas existían pacientes con indicación médica para ser atendidos en las áreas de consultas externas o de técnicas o pruebas de diagnóstico que se encontraban pendientes de que se les notificara la fecha de la atención. Esta situación que, como antes decía, es conocida comúnmente como práctica de agendas cerradas afecta a varios centros hospitalarios de las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Madrid. En función de la información disponible en relación con las consultas externas, existen en esta área pacientes en espera estructural (es decir, atribuible exclusivamente a la organización de los servicios y medios disponibles) superior a seis meses e incluso en algunos casos superior a un año en los centros hospitalarios de casi todas las comunidades autónomas a excepción de las de Asturias, Navarra, País Vasco y La Rioja. Se carece de información sobre esta demora en Cataluña.

En cuanto a técnicas y pruebas diagnósticas se refiere, cabe señalar que, asimismo, se están produciendo dilatados tiempos de espera, superiores también a los seis e incluso al año, en algunas técnicas o pruebas pendientes de realización en las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid y Murcia. Se carece de información al respecto sobre Canarias y Cataluña, y se ha pedido. Por su parte, y siempre según la informa-

ción que nos ha sido facilitada, en intervenciones quirúrgicas programadas la espera de los pacientes era superior a los seis meses en centros hospitalarios de todas las comunidades autónomas, salvo en las del País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla. En esas mismas intervenciones programadas existen demoras que exceden de un año en algún centro hospitalario de las comunidades autónomas de Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Murcia. Entre las autonomías con mayor y más significativa demora quirúrgica, de varios años en ciertos casos, destacan las de Canarias, Cataluña y la Comunidad Valenciana. En Canarias y tan solo en dos hospitales en agosto de 2002 de este año figuraban 6.591 pacientes con demoras superiores a un año, de los que 3.971 se hallaban en espera en el Hospital Universitario de Canarias por causa atribuible exclusivamente a la organización de los servicios y medios disponibles. En Cataluña, sólo en el procedimiento de prótesis de rodilla, se encontraban pendientes de intervención en junio de este mismo año 8899 pacientes, con un tiempo medio de resolución de más de 16 meses, sin computar los tres meses de espera correspondientes a la demora técnica. En septiembre del año 2002 en la Comunidad Valenciana y exclusivamente en el hospital La Fe había 204 pacientes en espera superior a un año. Finalmente y como consecuencia de lo anterior hay que señalar que en el momento que se produce la derivación de pacientes desde el ámbito de la atención primaria al de la atención especializada, algunos de ellos pueden verse en la situación de afrontar esperas próximas o superiores al año, en alguna o incluso en las tres modalidades de atención a que nos venimos refiriendo, es decir, consultas externas, consultas técnicas y pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas.

Señorías, como colofón a las consideraciones hasta aquí expuestas, cabe efectuar las afirmaciones siguientes: Primera, que los datos reflejados en el informe elaborado por la institución que presido se refieren y afectan a la mayor parte de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas que integran el Estado español. Segunda, que el objetivo primordial de las administraciones en la gestión de la asistencia sanitaria no es otro que prestar una atención de calidad a los ciudadanos, en cuyo marco la equidad es un referente ineludible. Tercera, que en nuestro Sistema Nacional de Salud existen demoras clínica y socialmente inaceptables en la prestación sanitaria. Cuarta, que tanto entre la ciudadanía como entre los profesionales y gestores sanitarios hay un consenso generalizado acerca de la necesidad de adoptar medidas urgentes y tendentes a suprimir los tiempos de espera excesivos. En conexión con ello es obligado resaltar que algunos servicios de salud ya han adoptado iniciativas en orden a la reducción de los tiempos de demora, asumiendo por ello los criterios elaborados por el grupo de expertos del Con-

sejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud en las listas de espera. Hay que señalar además que el Defensor del Pueblo considera que el informe técnico elaborado por dicho grupo de expertos puede suponer un avance importante para reducir los tiempos de demora y situarlos en límites razonables y asumibles.

A la vista de las consideraciones expuestas y de conformidad con lo establecido en la Ley orgánica reguladora de la institución, el Defensor del Pueblo ha estimado la conveniencia de formular a las autoridades y funcionarios de las administraciones públicas competentes en la gestión de la asistencia sanitaria las recomendaciones siguientes. Primero, recomendación sobre los sistemas de información: 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 por el grupo de expertos del Consejo interterritorial y reflejados en su informe técnico respecto a los registros de pacientes y al cómputo, clasificación, medida de la espera y datos e indicadores básicos en consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas. A tal efecto, los servicios de salud deberán culminar los procesos de informatización de todas las agendas de consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas. Segundo, recomendaciones sobre la gestión de las listas de espera. Primera, en relación con la gestión de consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, y en el marco de las competencias de las comunidades autónomas, que se adopten las medidas necesarias para hacer efectivas las propuestas del referido grupo de expertos en relación con la cooperación entre atención primaria y atención especializada, las instancias implicadas en la gestión, la planificación y gestión de las agendas de consultas externas y de pruebas diagnósticas, los criterios de inclusión en el registro de consultas externas y pruebas diagnósticas, las bases para una adecuada gestión de citas, la comunicación entre profesionales, la atención de pacientes en centros alternativos, los criterios de salida y movimientos en el registro. Segunda, respecto a la gestión de la lista de espera quirúrgica y en el marco de las competencias de las comunidades autónomas, que se implanten las acciones necesarias para hacer efectivas las propuestas del grupo de expertos sobre las instancias implicadas en la gestión, los criterios de inclusión en el registro de pacientes de intervención quirúrgica programada, las bases para una adecuada programación quirúrgica, la atención de pacientes en centros alternativos, los criterios de salida y movimientos en el registro y la información al paciente. Tercero, recomendación sobre criterios de indicación y prioridad clínica: que, de conformidad con la propuesta básica del grupo de expertos y en orden a promover la equidad y la mayor eficiencia del sistema, se definan criterios explícitos de indicación clínica y se

establezcan pautas de actuación acerca de la prioridad de los pacientes en lista de espera. En esta definición de indicaciones quirúrgicas y priorización de los procesos, según sus repercusiones y la situación clínica de los pacientes, deberán armonizarse los criterios de necesidad, mayor beneficio y orden de inclusión en la lista de espera. En el marco de esta protocolización se considera también necesario garantizar un adecuado seguimiento de los pacientes incluidos en lista de espera, a fin de verificar posibles variaciones de carácter imprevisible en su evolución clínica, así como la periódica depuración de la lista de espera. En el logro de los objetivos antes señalados se considera ineludible la colaboración y participación de las sociedades científicas. Cuarto, recomendación sobre tiempos máximos de espera: que, según las especialidades y procesos atendidos y en colaboración con las sociedades científicas, se establezcan plazos máximos de espera en consultas externas, técnicas y pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas, superados los cuales las administraciones sanitarias con competencia en la gestión de la asistencia sanitaria garantizarán a los ciudadanos la atención inmediata en un centro sanitario. Quinto, recomendación sobre información a la población: que, en orden a otorgar a los ciudadanos un mayor protagonismo y capacidad de decisión, así como una información adecuada y transparente, se definan y se establezcan criterios uniformes en relación con la información periódica que se debe facilitar a un paciente o usuario concreto del sistema sanitario y a los ciudadanos en general sobre patologías y tiempos de espera en cada uno de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Hasta aquí el resumen de los rasgos esenciales que configuran el estudio sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud elaborado por la institución del Defensor del Pueblo. Lógicamente, una información más detallada sobre lo ahora sucintamente expuesto podrán hallarla SS.SS. en las cifras, datos y cuadros estadísticos contenidos en el documento completo que tienen a su disposición.

Es necesario tener presente también que el propio dinamismo del sector sanitario y los programas específicos implantados por los servicios de salud para la reducción de las demoras pueden dar lugar a sensibles cambios y modificaciones en un corto periodo de tiempo. A este respecto es menester dejar constancia de que, con posterioridad al cierre de la recogida de datos para la elaboración del estudio, algunas comunidades autónomas han remitido nueva información, más actualizada y relativa a la incidencia de los planes especiales para la reducción de las listas de espera actualmente en práctica. Este es el caso de las comunidades autónomas de Castilla-La Mancha y de Madrid.

Así, la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, tras puntualizar que no envió en su momento indicadores sobre demoras por entender que al referirse a la situación existente a finales de 2001 ya se habían

facilitado por el Instituto Nacional de la Salud, entidad responsable de la gestión de la asistencia sanitaria en ese momento, ha puesto de manifiesto que la situación de la lista de espera en la comunidad a 31 de octubre de 2002 presenta mejores indicadores que los reflejados en el estudio elaborado por esta institución, que se referían a finales del año 2001 y a mayo de 2002. Así y a título de ejemplo se hace mención a que a 31 de octubre de 2002, y en comparación con los datos de 31 de diciembre de 2001 se había reducido a menos del 20 por ciento el número de pacientes en espera superior a dos meses en consultas externas, cuando la media de los centros procedentes del Instituto Nacional de Salud era del 22 por ciento en diciembre de 2001; se había reducido en un 46,47 por ciento en pruebas diagnósticas y en un 10,48 por ciento la espera quirúrgica en los hospitales de Albacete, Ciudad Real, Guadalajara y Toledo. En el orden normativo, las Cortes castellano-manchegas han aprobado una ley que establece tiempos máximos en los tres aspectos aludidos. Por su parte, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha señalado que valora positivamente la iniciativa del Defensor del Pueblo al abordar de una forma objetiva, explícita y metodológicamente rigurosa la situación de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, destacando, por otra parte, que todavía no hace un año que la comunidad ha asumido la gestión plena de la asistencia sanitaria y que los indicadores reflejados en el estudio hacían referencia a un punto de corte, en concreto al 30 de junio de 2002, excesivamente cercano a la fecha de la transferencia. Según esta comunidad en el corto periodo de tiempo transcurrido desde la asunción de la gestión de la asistencia sanitaria se habían adoptado medidas estructurales que ya empiezan a dar sus frutos. Así, entre otras medidas de mejora ya implantadas se hace mención a la perfección de los sistemas de información, a garantías de fiabilidad de la información, al establecimiento de criterios explícitos de gestión de las listas de espera, al incremento de la oferta de servicios y a la garantía de una respuesta asistencial en un plazo máximo. Consecuencia de ello es que en el periodo comprendido entre finales del año pasado y el momento actual el número de pacientes en lista de espera quirúrgica con demora superior a seis meses ha pasado de 3.335 a 1.415, la demora media de 95 a 65 días y la espera media se ha reducido a 85 días. Aunque todavía no se han recibido en la institución respuestas en el mismo sentido de otras comunidades autónomas, no se descarta la posibilidad de que la misma evolución se produzca en las próximas fechas como consecuencia de las medidas estructurales adoptadas. Con todo ello, espero que las recomendaciones formuladas y recogidas en el estudio elaborado por el Defensor del Pueblo contribuyan a mitigar los problemas detectados en la gestión de las listas de espera y a reducir los tiempos de demora en la atención sanitaria.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Defensor del Pueblo, por su explicación y análisis de un trabajo metódico, explícito y sobre todo riguroso, que ha dado lugar a que conozcamos una realidad y podamos tomar medidas para remediar las situaciones anómalas.

Ahora tienen la palabra los grupos parlamentarios, comenzando por el Grupo Parlamentario Mixto, que no está presente.

El señor **DEFENSOR DEL PUEBLO** (Música Herzog): Perdón, señor presidente. Quiero decir que el director de este trabajo es Manuel Aguilar Vela, adjunto segundo, que será quien conteste a las preguntas de SS.SS., puesto que lleva trabajando sobre esto varios meses.

El señor **PRESIDENTE**: Me parece muy oportuno si con ello somos más prácticos y pragmáticos en el desarrollo del tema.

Como decía, ahora tienen la palabra los grupos parlamentarios para hacer las preguntas que les parezca oportuno, preguntas que contestará el segundo adjunto al Defensor del Pueblo, don Manuel Aguilar, coordinador y artífice, con su equipo de trabajo, de este monográfico. El Grupo Parlamentario Mixto no está y de Entesa Catalana de Progrès tampoco veo a nadie.

Por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), tiene la palabra don Luis Mardones.

El señor **MARDONES SEVILLA**: Sean mis primeras palabras de bienvenida y salutación al Defensor del Pueblo, don Enrique Música, a quien quiero hacer un reconocimiento de su labor, así como de la de sus adjuntos, sobre todo de la de quien se va a hacer cargo de las respuestas.

En una valoración amplia, de fondo, del contenido de este dictamen lo considero muy oportuno, frente a todas las críticas que se le puedan hacer y a algunas observaciones, también críticas, que voy a hacer yo a lo largo de mi intervención. Ha sido muy oportuno tocar un tema del que ya sabíamos por los informes anuales, por las memorias que el Defensor del Pueblo presenta a las Cámaras: las reclamaciones de los ciudadanos españoles en el área de la sanidad, que es junto a vivienda y orden público donde mayor número hay, referidas a las listas de espera. Con este estudio monográfico se ha recogido una demanda social y se ha hecho patente la necesidad de que las distintas administraciones públicas competentes en materia sanitaria, fundamentalmente en el área hospitalaria, atiendan este asunto.

Dada la extensión del problema, yo haría una primera sugerencia. Este informe en relación con Canarias —de las demás comunidades hablarán los otros portavoces—, por la filtración a que se ha referido el señor Defensor del Pueblo, ha levantado una gran polvareda, que incluso ha motivado que, por trámite de

urgencia, el Parlamento de Canarias pidiera la comparación del Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno autónomo de Canarias, don Rafael Díaz, para que informara sobre la alarma generada por unas informaciones de prensa que situaban a la Comunidad Autónoma de Canarias prácticamente de farolillo rojo, en la cola de las listas de espera hospitalarias. Esto nos ha producido una gran preocupación, conturbación por lo que proponemos una primera medida. En el informe del Defensor del Pueblo el único centro visitado de toda Canarias, de todas y cada una de las siete islas, especialmente de las islas capitalinas, Gran Canaria y Tenerife, donde está la infraestructura hospitalaria sanitaria más potente, ha sido la residencia de Nuestra Señora de la Candelaria, en la isla de Tenerife, donde está, aparte de otra red de entidades sanitarias colaboradoras públicas o privadas, otro gran centro, el Hospital Clínico Universitario, que depende del cabildo insular, aunque tiene convenios con la sanidad pública y se reparten las atenciones hospitalarias preceptivas. Mi sugerencia es que a la vista de este problema, profundemos en él para situarlo en los propios términos de la problemática de cada comunidad autónoma, porque ahora veré algunos párrafos en que quedamos en situaciones muy evidenciadas ante la opinión pública. Hay tres comunidades autónomas, Canarias, Cataluña y Comunidad Valenciana, en las que se nos hace muy difícil entender que con unos prestigiosos centros, como tiene Cataluña, como tiene la Comunidad Valenciana y como los tiene también Canarias, aunque en menor medida por su extensión, se puedan dar estas circunstancias de denuncia de un problema que, como bien ha dicho el señor Múgica, es clínica y socialmente inadmisibles. Vamos a ver qué razones hay ahí. En el caso de Canarias se nos hace muy difícil entender por qué en un ámbito territorial en el que solamente reside el 4 por ciento de la población protegida del Estado español se pueda dar esa situación, si no se tienen en cuenta otros condicionantes, como puede ser la protección a una población turística —somos la primera comunidad autónoma en número de turistas porcentualmente, muchos de ellos procedentes de la Unión Europea que concurren a la asistencia hospitalaria por convenios sanitarios firmados—, y no se ha hecho una distinción de las urgencias, que es lo que está perturbando un orden jerarquizado en el tiempo de las listas de espera. Como cada comunidad autónoma tiene unas peculiaridades, para evitar hacer una generalización del problema y situar después en la cola de las listas de espera de España a Canarias, a Cataluña y a la Comunidad Valenciana, hago una primera sugerencia —y quisiera que el señor Defensor del Pueblo la tomara en cuenta y la trasladara— y es que, siguiendo la pauta extraordinariamente marcada en este estudio, con una muy buena sistemática, y para evitar agravios comparativos —entre comillas—, se encomiende a todas y cada una de las comunidades autónomas que tienen

equivalentes a la figura del Defensor del Pueblo, en el caso de Canarias al Diputado del Común, que con sus equipos técnicos se especialice y profundice en el ámbito de la comunidad autónoma para detectar las posibles patologías de gestión que existen en el procedimiento correspondiente.

Solicité datos al consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias para ver cuál es la situación en que se encuentra con respecto a este informe. En este momento hay 13.639 personas en lista de espera de más de seis meses. ¿Qué ocurre con las listas de espera, como ya está evidenciando el grupo de expertos del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud? Una de las perturbaciones fundamentales que hay que tener en cuenta en todo estudio es que sobre una lista de espera natural, normal, para personas que han de someterse a intervenciones quirúrgicas dentro de la asistencia intrahospitalaria se dan dos sometimientos condicionales: uno, que los centros asistenciales estudian esas listas de espera y las dividen inmediatamente en dos grupos, las patologías que pueden ser demoradas en su tratamiento médico quirúrgico en el tiempo y las que requieren un tratamiento inmediato, lo que altera el orden de entrada en una lista de espera; dos, la cantidad de pacientes que entran en los hospitales por vía de urgencias. Por esta vía se altera totalmente lo que sería el orden natural con número dado en una agenda cerrada. Habría que tener en cuenta estos criterios para saber de qué tipo de listas de espera estamos hablando. No es lo mismo estar esperando para una prótesis de rodilla seis meses que para unas cataratas, que en el caso de Canarias aparece en los cuadros facilitados por la Consejería de Sanidad con unos índices altísimos de lista de espera. Cuando he solicitado información al Servicio Canario de Salud sobre esta situación se me alegan, en primer lugar, razones de tipo genético, de tipo ambiental, de tipo nutricional y sobre todo porque Canarias posee uno de los mayores índices de longevidad. Nos encontramos con poblaciones muy longevas en las que por procesos diabéticos los índices de cataratas son muy elevados; y en segundo lugar, la dispersión geográfica del archipiélago, puesto que somos una comunidad autónoma territorialmente dividida en siete islas. El Sistema Nacional de Salud reconoce el derecho a decidir en qué centro se quiere operar y en las listas de espera hay que tener en cuenta los pacientes que rechazan ser operados en los centros concertados y se quedan adscritos donde entiende el paciente que quiere que lo operen por una serie de razones (respetables todas) sociológicas, psicológicas, etcétera. Hay que tener en cuenta también el fuerte componente que existe de personal de las administraciones públicas que no concurre a los centros de servicio correspondiente de salud pública, sino que por conciertos que tiene por vía de MUFACE, la Administración pública y la Administración militar, tienen una mayor flexibilidad

de escoger los centros de las empresas sanitarias concertadas con el servicio público de salud. Repito que esto está provocando que los funcionarios públicos que cotizan por MUFACE y no por la Seguridad Social puedan elegir. Esta sería otra recomendación que yo haría para evitar después las interpretaciones peyorativas de las listas de espera. Efectivamente, existe el problema, hay que atajarlo y hay que racionalizarlo.

Cuando se realizan las conclusiones de este estudio, que sirve para hacer reaccionar a todo el tejido social, una de las bondades y de los méritos que yo le reconozco a este estudio, sobre las listas de espera de las intervenciones quirúrgicas programadas se observa que son las más sensibles a su alteración por las cuestiones de las urgencias y por las distintas patologías que ponen en peligro la vida humana. Habrá siempre un criterio discrecional de los cuadros médicos de los hospitales con razonamientos clínicos profesionales para alterar el orden de acceso a quirófanos de ese personal que está en lista de espera. La conclusión cuarta afecta a doce comunidades autónomas, pero es difícil entender que en doce comunidades autónomas del tenor de Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Canarias y Cataluña, que es donde reside el 90 por ciento de la población española, se agrave el problema. Debe haber una tremenda dificultad para resolver este problema, como ya lo vienen denunciando los resultados de los estudios del grupo de expertos del Consejo interterritorial de Salud.

En las recomendaciones que se hacen al final de este estudio, que están muy bien sistematizadas, la gestión de listas de espera resulta muy complicada, aunque el estudio ha hecho una aportación muy interesante —le he destacado este asunto al consejero canario de salud—, que es la necesidad, de funcionar todas las comunidades autónomas bajo los mismos criterios. Si no funcionamos todas las comunidades autónomas al unísono, como hubo que hacer con la contabilidad nacional hace años, para que todas las empresas públicas tuvieran el mismo sistema de contabilidad, porque, según la contabilidad que se emplee en una empresa, la cuenta de resultados da pérdidas o da beneficios. El Gobierno central de la nación tuvo que establecer unos criterios para realizar una contabilidad nacional para que las cuentas de todas las empresas públicas tuvieran los mismos parámetros de medida en la cuenta de pérdidas y ganancias. Aquí se han detectado los déficit informáticos de las comunidades autónomas, es importante tener informatizadas las listas de espera sobre todo en el complejísimo mundo de la asistencia extrahospitalaria y la cuestión de las técnicas analíticas y de laboratorio. Hay comunidades autónomas que están soportando los envíos que le hacen otras. La Comunidad Autónoma de Canarias en los centros concertados envía las muestras para pruebas analíticas a Cataluña porque se entiende que están en un consorcio de espe-

cificidad de determinadas pruebas de diagnóstico muy complicadas. Esto quiere decir que la población canaria está sobrecargando las instituciones sanitarias catalanas con un trabajo extra, y esto no puede ir en demérito de la mismas, haciendo que Cataluña esté con el farolillo rojo a la cola de las listas de espera para las técnicas analíticas y las pruebas diagnósticas de todo tipo —malformaciones congénitas, etcétera— que requieren centros muy especializados para los diagnósticos de enfermedades de tipo crónico o agudo dentro de su tecnología médica.

Cuando se hacen las recomendaciones, después de la gestión de las listas de espera, en la segunda recomendación dice: Respecto a la gestión de las listas de espera quirúrgicas, que son las que verdaderamente preocupan al ciudadano que tenga un proceso patológico grave, y en el marco de las competencias de las comunidades autónomas, que se implanten las acciones necesarias para hacer efectivas las propuestas de grupos de expertos sobre las instancias implicadas en la gestión, criterios de inclusión en el registro de pacientes de intervenciones quirúrgicas programadas —porque es el médico y no el enfermo quien decide profesionalmente si aquello es agudo o grave y si necesita una intervención quirúrgica inmediata o lo puede demorar en el tiempo—, bases para una adecuada programación quirúrgica, atención de pacientes en centros alternativos —siempre que el paciente quiera ir a un centro alternativo—, criterios de salida y movimientos en el registro de información al paciente. Esta podría ser una buena encomienda a sus homólogos en las comunidades autónomas que tienen la figura del Defensor, que profundizasen con una buena sistemática en sus trabajos, porque tenemos que defender a todos los ciudadanos españoles, pero también a los servicios públicos de salud. No vamos a demonizar o a condenar de antemano a los centros hospitalarios, a los profesionales y a las entidades públicas que llevan la gestión correspondiente. La razón y la verdad pueden estar repartidas entre los que demandan y los que se ven obligados a administrar. Se podría racionalizar el tema para evitar interpretaciones demagógicas, torcidas o erróneas, porque se pueden hacer juicios de valor sobre cosas que no tienen una interpretación inmediata ni del ciudadano ni de los profesionales. Los criterios de indicación y prioridad clínica son los que van a poner a las personas en su sitio en la lista de espera, porque el gran problema es la confrontación entre el deseo de una persona de ser operada cuanto antes y el criterio médico de operarla cuando procede clínicamente y cuando hay disponibilidad de quirófanos, de horas de intervención, etcétera.

No quiero extenderme mucho, señor presidente. Cuando hay que tomar decisiones en patologías que no comprometen la vida puede haber una demora. En los cuadros que han facilitado las administraciones sanitarias de las distintas comunidades autónomas —

estoy contemplando el de Canarias— vemos que la sistemática que han utilizado afortunadamente está muy racionalizada. Hay otro problema que quería denunciar aquí, que es la descomposición de las listas. Cuando se da el dato de las personas que están en lista de espera, se dice por ejemplo que en una comunidad autónoma hay 25.000 personas, pero ese dato se descompone en los distintos segmentos temporales: de cero a quince días, de quince a treinta días, de treinta días a dos meses, de dos meses a cuatro meses, de cuatro meses a seis meses y más de seis meses o más de un año. Si sumamos todos esos segmentos, se está dando un resultado estadísticamente erróneo, que no soporta un análisis de matemáticas estadísticas, porque desde que se da el dato de 25.000 personas en la lista de espera en esta comunidad autónoma hasta que se viene a la Comisión ha pasado un mes, porque el orden parlamentario señala las comparecencias. Si desde que se ha terminado el estudio hasta que se viene aquí se han computado en esos 25.000 los que estaban en lista de espera de procesos patológicos resueltos en la columna de cero a quince días y de quince días a treinta, resultará que han desaparecido de la lista de espera. Terminó, señor presidente, porque sólo quiero hacer observaciones que pueden perfeccionar un magnífico documento y apuntar la necesidad de que el Defensor del Pueblo se ocupe de este asunto. Ahí discriminaríamos los verdaderos resultados de las listas de espera, en las que lo que nos tiene que preocupar son las patologías que comprometan la viabilidad de la vida humana y no otras patologías, que son muy respetables en el mundo de la medicina, pero que pueden esperar o tienen otras interpretaciones de los cuadros médicos.

Quiero terminar diciendo que este impacto que se gradúa aquí ha sido muy importante. Disponer de estudios futuros hechos a través de los homólogos del Defensor del Pueblo en las distintas comunidades autónomas puede contribuir a solucionar estos problemas, porque muchas de las recomendaciones no sólo requieren infraestructuras de personal, sino también unas inversiones muy fuertes. Sobre todo es necesario que el servicio interterritorial gestione las asistencias hospitalarias de los ciudadanos que se desplazan de una comunidad a otra, porque están en su derecho de ser operados en aquellas otras comunidades que tienen los medios para hacerlo. Quiero decir esto porque el representante y consejero del Servicio Canario de Salud me ha dirigido un escrito para recoger en su informe las recomendaciones del Defensor del Pueblo, dar las explicaciones de muchos porqués para evitar juicios peyorativos y situarnos en la media nacional del problema con el ánimo de resolverlo.

Nada más, señor presidente. Únicamente quiero felicitar a la oficina del Defensor del Pueblo.

El señor **PRESIDENTE**: Debo hacer una aclaración. Oída la Mesa y portavoces, se ha admitido la intervención del adjunto segundo en las explicaciones pertinentes. La mecánica, señor adjunto, será la siguiente: primero intervendrán todos los grupos parlamentarios y, al final, usted tendrá la oportunidad de contestar. Muchas gracias por su comprensión.

Por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, tiene la palabra la señora Castro.

La señora **CASTRO FONSECA**: Buenas tardes, señorías.

Bienvenido, don Enrique Múgica, Defensor del Pueblo, al Parlamento español. También doy la bienvenida a los dos adjuntos del Defensor, sobre todo a la señora Cava de Llano, que es la única que feminiza esa mesa tan patriarcal que contemplamos esta tarde las diputadas y las senadoras que estamos en la Cámara. No es una casualidad que yo diga esto. El Gobierno español se comprometió en Pekín en 1995 a transversalizar todos los programas y todas las actuaciones desde la perspectiva de género. Aprovecho para recordar al Defensor del Pueblo que esta diputada le pidió en su primera comparecencia en sede parlamentaria en el año 2000 que hubiera un epígrafe especial sobre todas las cuestiones que entraran en el ámbito de su competencia que abordaran la problemática desde la perspectiva de género. Es una solicitud de que mantengo y que ruego al Defensor del Pueblo que tenga en cuenta para el futuro.

Desgraciadamente, el informe del Defensor del Pueblo confirma una vez más una situación que nos preocupa a todas y a todos y que desde el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida venimos denunciando hace años. Existen listas de espera intolerables, porque en muchos casos lesionan el derecho fundamental de los ciudadanos y las ciudadanas a la protección de la salud. Las listas de espera estructurales no son cuestionables, ya que son consecuencia de las limitaciones del sistema sanitario o del sistema público de salud, y existen en todos los sistemas públicos de salud. Lo que nos preocupa son las listas de casi millón y medio de españolas y españoles que aguardan su primera cita con el especialista. Las listas de espera quirúrgicas —328.836 personas— son inaceptables desde cualquier punto de vista que lo planteemos, pero sobre todo son inaceptables desde el punto de vista social y sanitario. Más grave nos parece aún la situación de los enfermos en espera quirúrgica por el riesgo que implica esta espera para su salud. Es preocupante que un 6 por ciento de estos pacientes haya superado ya el límite de seis meses, que es el tiempo máximo recomendado para esperar ante una patología quirúrgica de la gravedad de las que estamos hablando. Más que grave es censurable que el 22 por ciento de los pacientes que tienen cita con el especialista lleven más de dos meses sin que esa cita se haya realizado. También es censurable y sorpren-

dente que por parte de las administraciones sanitarias se mantenga una opacidad y una falta de transparencia en la información porque no solamente no es de recibo, sino que viene a agravar el problema del que estamos hoy ocupándonos. Se pone una vez más al descubierto la realidad de las administraciones públicas intentando ocultar o dulcificar, en algunos casos con posturas defensivas, el problema como hemos visto aquí ya esta tarde. El hecho de dificultar la obtención de datos en los centros hospitalarios y en los centros públicos de salud contraviene, señorías, el mandato constitucional de obligación de las administraciones a suministrar datos al Defensor del Pueblo. Es inadmisibile que el equipo técnico del Defensor del Pueblo se haya sido convertido, por este mal hacer de las administraciones públicas, en una agencia de información divertidísima, por lo menos para la gente de mi generación, como aquella famosa agencia de Mortadelo y Filemón, porque han tenido que recurrir casi a técnicas de camuflaje para poder obtener datos e información. Francamente, esto es chocante, sorprendente e inadmisibile. Parece obvio por qué las administraciones públicas practican el oscurantismo informativo en esta cuestión. En mi opinión, y sin ambages, tratan de tapar la escasa solvencia y credibilidad que merecen los datos de que disponen. Esta es la pura verdad. Si hay algo por lo que habría que pedir perdón a los sufridos usuarios del sistema público de salud es por el baile y el maquillaje de cifras y el verdadero escándalo que supone la opacidad informativa cuando hablamos de una materia tan fundamental como es el derecho a la salud.

Yo no voy a hacer preguntas, sino reflexiones —espero, no obstante, que el señor Aguilar pueda tener en cuenta mi intervención— desde el respeto profundo al trabajo realizado por la institución y a don Manuel Aguilar, que es el responsable de este trabajo. Nosotros entendemos que las causas últimas de las listas de espera se sitúan en el bajo gasto sanitario en España que, como todos sabemos en esta santa sala, es uno de los últimos de la Unión Europea y, además, en el dudoso honor de ser el país que, según el informe de la OCDE, tiene menos camas por 1.000 habitantes de toda Europa. No sé por qué de esto de las camas sólo hablo yo. Cuando existe un paciente con un tumor cerebral en León, que no se sabe si es benigno o maligno y se tira siete meses en lista de espera porque —solamente es intraoperatorio el diagnóstico— el médico le dice que no puede ingresarle porque no tiene una cama de UVI, no se puede acudir a los razonamientos de los sanitarios. Bastante hacen éstos con realizar su trabajo lo más decentemente posible, sin estatuto marco, con unas condiciones laborales de agravios comparativos de una comunidad a otra que por el mismo trabajo realizado en igual institución existen 200.000 pesetas de diferencia, sin movilidad, etcétera. El tema de las camas es clave. Muchoos ingresos se demoran porque no tenemos el número de camas que debemos tener por habitante. Repito que tenemos el

menor número de camas por habitante de Europa y este asunto hay que resolverlo también. Las listas de espera son el resultado último, diría yo, de una crónica insuficiencia de recursos sanitarios que a su vez viene agravada por la política presupuestaria obsesiva del Gobierno de Aznar del déficit cero, que trae como consecuencia en el sector sanitario uno de los gastos más bajos de los países de la Unión Europea y un nivel de infraestructuras que también nos coloca a la cola de dichos países.

Le corresponde al Gobierno, según la futura ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el control de la calidad del Sistema Nacional de Salud que debe incluir la exigencia de tiempos máximos de espera y la equidad en el acceso a las prestaciones. Aunque la financiación de la sanidad recae en las comunidades autónomas, no hay que olvidar cómo se hizo el proceso transferencial y en qué situación se ha colocado a las comunidades autónomas con este proceso transferencial. Tampoco habría que olvidar que las fuentes de financiación, por más que las comunidades autónomas tengan las competencias y sean las responsables, están en un presupuesto estatal cuya asignación sanitaria respecto al PIB sigue estando muy por debajo de la media europea.

Llama también la atención en el informe que las comunidades autónomas con mayores listas de espera, Valencia, Cataluña y Canarias, con gobiernos conservadores, son las que han apostado por un aumento de la provisión privada en sus sistemas sanitarios. Siento que no esté el señor Mardones que preguntaba anteriormente, ya que le parecía extraño, por qué eran estas tres comunidades autónomas —ya se lo contaré cuando vuelva—, pero se lo voy a explicar también a los compañeros de Convergència i Unió que están en la sala. Son las comunidades autónomas que han apostado por la sanidad privada, lo que evidencia a todas luces que la alternativa privatizadora no solamente es más cara, sino que tiene menor capacidad de resolución de los problemas sanitarios de la población. Señorías, no hay más camino para resolver este problema que empezar por optimizar los recursos públicos. Todo el mundo cree que nosotros satanizamos todo, pero no satanizamos la iniciativa privada siempre y cuando el Gobierno de turno, en este caso el Gobierno de Aznar, en un Estado democrático, social y de derecho lo privado no sea subsidiario de lo público. En ese sentido, empecemos por optimizar los recursos propios y dar vida a los quirófanos. En la Comunidad Autónoma de Madrid, a la cual yo represento, desde los siete u ocho meses que le han sido transferidas las competencias —según el informe que nos presenta el señor Múgica— ha subido la lista de espera en un 20,6. Esto tiene lecturas políticas que todos estamos obligados a hacer.

Desde el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida hemos venido exigiendo, y lo seguiremos haciendo que, de acuerdo con la comunidad científica y con las organizaciones sanitarias y teniendo en cuenta

los criterios del consejo interterritorial, se pongan en marcha una serie de medidas para tratar de disminuir las listas de espera. Nosotros situamos en primer lugar, además de las recomendaciones que hace en su informe el Defensor del Pueblo, la necesidad del incremento del gasto sanitario público en el 1,5 por ciento del producto interior bruto. Aumento de la dotación de camas hospitalarias para conseguir al menos cinco camas por 1.000 habitantes. Creemos que con este aumento estaríamos en una mejor situación para afrontar este problema que es grave y no se pueden escudar en que existen patologías que los médicos priorizan. Los nuevos retos del siglo XXI nos exigen dejar de andar escudándonos en esas historias. Si la población tiene una expectativa de vida muy superior a la que tenía hace 50 años, lo que no es de recibo es que se diga que no son prioritarias unas cataratas y que se pueda dejar a un señor de 80 años, cinco años ciego. Esto no es de recibo. Es verdad que hay que establecer prioridades. Es verdad que una patología cardiovascular tiene una prioridad inmediata porque hay riesgo vital, pero también es verdad que tenemos que hablar de calidad de vida porque en el siglo XXI la dignidad humana tiene otros parámetros y entre ellos está la calidad. No se puede decir que unas cataratas no son prioritarias, lo diga quien lo diga, porque lo son. A un señor de 80 años que se le hace pasar un año ciego, háblele usted de calidad de vida a ver qué le responde. Todos tenemos que hacer esfuerzos por ver cómo nos ponemos de acuerdo en estos nuevos parámetros de dignidad y de calidad de vida en el siglo XXI. Como consecuencia de esta reflexión, también es necesario el incremento de los recursos profesionales y técnicos para atender la demanda real sanitaria: especialistas, médicos generales, enfermería, etcétera; recursos que son insuficientes, que hemos venido demandando y creemos que es el momento de que se ponga encima de la mesa sin excusas. Todos los ciudadanos y ciudadanas, cuando sean derivados para ser vistos por el especialista para la realización bien de una prueba diagnóstica o para una intervención quirúrgica, deben recibir en el acto una cita concreta, con fecha y hora, y deben desaparecer de una vez los vergonzosos: Vuelva usted mañana de antaño; ahora la modernidad es: Le llamaremos por teléfono, que no sólo supone una tomadura de pelo para los pacientes, sino una clara indefensión de la población y son sistemas de maquillaje, viejos trucos conocidos de una realidad tozuda y evidente que, por mucho que se empeñen, nadie va a poder cambiar.

Señor José Luis Bermejo, termino diciendo que estamos de acuerdo en que se establezcan sin dilación los tiempos de demora máximos por patologías de acuerdo con la gravedad y con otros criterios sociales que tienen que ver con esos parámetros de dignidad humana y de calidad, como son los criterios sociales, de dependencia, etcétera. Constatamos que el Defensor del Pueblo se ha dado cuenta, cómo no, del déficit de

informatización que padece nuestro sistema público de salud.

Como soy bienqueda, me voy a callar aquí para quedar bien con el presidente. Pero querría aprovechar, dadas las fechas en las que estamos, para felicitarles las fiestas a todos los miembros de la Mesa, al Defensor del Pueblo y a su equipo, a las estenotipistas y a los compañeros de prensa que están aquí y a todas SS.SS. representantes de los diversos grupos parlamentarios, y hoy más que nunca desearles —¡que Dios nos coja confesados!— salud para todos en el 2003.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene le turno el señor Pere Grau, de *Convergència i Unió*.

El señor **GRAU BULDÚ**: Me complace también sumarme al agradecimiento y la bienvenida del señor Defensor del Pueblo, señor Múgica, así como a sus adjuntos, a la señora Cava y especialmente en el día hoy al señor Aguilar Vega que, según ha indicado el señor Múgica, es el padre del informe que hoy nos han presentado a debate. Está dentro del estilo que está dando ahora la institución a las relaciones con el Parlamento. Es una buena práctica el presentar estos informes fuera del informe anual, porque nos permite establecer un diálogo franco y positivo sobre problemas específicos y no sumados a un resumen anual que debe contemplar varios temas, que en el momento en que se presentan uno puede tener importancia y restarle efectividad al que discutimos. Ya debatimos hace unas semanas el informe sobre la inmigración, que fue muy interesante, y hoy debatimos otro tema que fue de claro interés para esta Cámara el año pasado y este informe es fruto del debate que hubo en aquellos momentos. Podemos decir que sus planteamientos iniciales marcan la pauta de sus resultados. Las respuestas que va a recibir el Defensor del Pueblo van a ser distintas según las comunidades autónomas consultadas, por los períodos de estudio de cada comunidad.

Por hacer una mención a la intervención del señor Mardones, quiero sumarme aquí al hecho de que no hemos visto, como comunidad que tiene acuerdos de servicios con otras comunidades autónomas, una consideración a los servicios interautonómicos que se realizan con convenios en otras comunidades, como Andalucía y Extremadura. Esto puede generar una sobresaturación de servicios. Sin ir más lejos, en las negociaciones que se establecieron en la anterior legislatura, una de las primeras reivindicaciones que hizo el Gobierno catalán al Gobierno del Partido Popular fue el solicitar acuerdos que pusieran fin a un desfase importante presupuestario por los servicios que se prestaban a otras comunidades y que no recibían compensación, sino que se tramitaban dentro de los valores medios. El Defensor del Pueblo ha justificado que los análisis de los centros específicos inducen, a partir de unas muestras, en unas conclusiones y las ponderan. Nuestra sorpresa como

catalanes es que se puedan inducir los resultados de Cataluña en base a un informe, al que después me referiré, del Conseller de Sanitat, así como a visitas directas a los centros de Tortosa y de Lleida, que pueden brindar una respuesta, aunque no significativa, sobre la sensibilización de un problema que existe en Cataluña. Cataluña ha sido sensible a este tema y ha apostado por la sanidad. Como ha dicho muy bien la señora Castro, ha sido una de las comunidades pioneras en aceptar las responsabilidades de sanidad. Ha querido comprometerse en este tema y ha puesto un espíritu especial y muy sensible, diferente y más avanzado dentro del Estado español en su apuesta por la sanidad pública. Como dice el informe, ha apostado en esta cobertura integral por la coordinación, la eficacia, la eficiencia y la participación ciudadana y además se ha asumido esta descentralización de servicios por parte del Gobierno de la comunidad autónoma. Recuerda muy acertadamente el informe que sólo a partir de enero de este año un 38 por ciento de las transferencias se han integrado al sistema. Si nos referimos al debate del año pasado, este 38 por ciento no tenía responsabilidades autonómicas, sino que dependían del Ministerio de Sanidad directamente, y el 62 por ciento sí tenía transferencias que estaban en evolución para coordinar de mejor forma esta solución. Ha sido precisamente la transferencia a todas las comunidades autónomas la que ha generado esta necesidad de coordinación, la creación de este comité de expertos y se ha cambiado el diálogo, porque no era un enfrentamiento entre una comunidad autónoma que requería una calidad de servicio frente al ministerio y la defensa de unas necesidades presupuestarias, sino que se han generado entre las diferentes comunidades autónomas unos servicios equivalentes, se ha intentado ofrecer un servicio igual a la ciudadanía, y a partir de este sistema crear un comité de expertos que pudiera ofrecer al Ministerio de Sanidad unas propuestas que fueran compartidas por todas las comunidades autónomas. Estoy de acuerdo con las afirmaciones del señor Defensor del Pueblo en que posiblemente el conocimiento por la prensa de estos datos, sin la correcta ponderación, ha podido presentar a la sanidad de Canarias, de Valencia o de Cataluña como de peor calidad, con peores listas de espera, que no cumple con unos determinados objetivos dentro de una media que se estima para otras comunidades. Aunque la media no sea buena para nadie, uno está peor que estas medias. Nosotros tenemos la obligación de discrepar con esta presentación. Aceptamos las explicaciones que nos ha dado el señor Defensor del Pueblo, pero estas valoraciones tendrían que ser más ponderadas y sensibles a la hora de exponer las muestras. Cuando se dan estadísticas a nivel político o de opinión, todo el mundo entiende esta situación y los que reciben esta información valoran el peso específico que tienen las afirmaciones que la prensa recoge.

Siguiendo en la misma línea de lo que pedimos en los informes, dado que es una suma de especificidades de gobierno que se dan en el Estado español, sería importante que se tuviera en cuenta una intervención del Sindic de Greuges, posiblemente crítica con el Gobierno de Cataluña y sensible con este tema que se discutió en el Parlamento catalán al mismo tiempo que en Madrid, y que se pudiera incluir a los defensores del pueblo autonómicos en los informes que se elaboran. Lo solicitamos en el informe de la emigración, porque hubo ciudadanos que se quejaron de este tema. Si entendemos que el Defensor del Pueblo es el cómputo total de la definición de un problema, nos gustaría que en los informes se tuviera la sensibilidad de contemplar una consulta a los defensores del pueblo autonómicos y se recogieran las referencias que se pudieran hacer a la autonomía en cuestión.

El Conseller de Sanidad respondió coherentemente al Defensor del Pueblo. Las informaciones que se le ofrecieron no son suficientes, sino que lo que le hacen llegar son unos simples datos no pormenorizados, tal como él solicitó, y que por ello no responden a un modelo que ha seguido, de acuerdo con la comisión nacional de expertos, para solicitar esta información. Entendemos que hay una vía positiva que ofrece un sistema de gestión, un resumen de los problemas que existen y cómo piensa resolverlos, así como medidas que intenta poner en marcha tales como un incremento de la actividad para reducir las listas de espera para las seis especialidades quirúrgicas contempladas en el informe más la cardíaca. El Gobierno de la Generalitat se ha comprometido a promulgar un decreto en los próximos meses para garantizar por ley un máximo tiempo de espera que no tiene que sobrepasar en ningún caso los seis meses. Si después se hace una pregunta a dos centros periféricos como Lleida o Tortosa, se puede llegar a la conclusión de que la lista de espera es más larga, ya que allí para cuestiones de rodilla la espera oscila entre diez y catorce meses. El Gobierno de Cataluña prevé aumentar en esta especialidad la capacidad quirúrgica de actuación en un 20 por ciento. También se ha previsto, en el caso de Cataluña, contratar para el año 2002, para asegurar estos seis meses de espera que son compromiso de Gobierno, un total de 3.600 intervenciones, mediante subasta pública en centros privados. Esta actuación ya se está dando en este año 2002. En la relación de listas de espera para consultas externas y pruebas diagnósticas, desde el pasado mes de octubre de 2001 se está trabajando para definir los criterios y los indicadores para monitorizar estas listas de espera. Posiblemente las recomendaciones que nos hace el señor Defensor del Pueblo son positivas para establecer un sistema de coordinación y tener información comparada en todas las comunidades autónomas. El análisis que se puede hacer en un informe anual en base a las recomendaciones actuales posiblemente de su fruto en la comisión nacional de expertos, hecho que

nos permitiría en su día, para cualquier apreciación que podamos hacer en el informe anual, contar con datos comparativos y definir problemas en su justo valor.

Me sorprende (por lo que conozco y porque en el informe no aparece) que no se recojan los planes de actuación de las diferentes comunidades autónomas. Entiendo que las que han recibido la responsabilidad a principios del año 2001 no los tengan, pero a las diez comunidades que teníamos responsabilidades históricas, a las más antiguas, se nos podría haber preguntado si teníamos o no un plan para resolver este tema. Cataluña lo ha ofrecido y es algo que se podría considerar. Nos habría gustado que en las conclusiones del informe se hubiera contemplado esta posibilidad. Digo esto no desde el ánimo de la discrepancia, sino como puesta en valor de unas recomendaciones que me parecen muy bien redactadas y ponderadas, pero, como decía antes, falta una ponderación a la hora de encontrar un equilibrio.

Queda de manifiesto la necesidad de una coordinación más estrecha, tanto en la diligencia del servicio como en su coordinación por el Servicio Nacional de Salud. La aportación del informe es muy positiva y cumple el objetivo que había tomado para sí como responsabilidad el Defensor del Pueblo. Estimamos que este debate como un segundo nivel después de los que se han mantenido directamente con el Gobierno en sesiones de control cuando se le preguntaba sobre las listas de espera o sobre las soluciones que tenían que darse a determinadas esperas muy graves que existían en el país, se ha cumplido, en primer lugar, porque se ha hecho el seguimiento del servicio al ciudadano y, en segundo lugar, porque se intenta ofrecer soluciones y recomendar a los responsables de la Administración que cumplan con estos servicios. Esta aproximación es positiva y tenemos que seguir en este nivel de investigación. Como ha dicho el señor Defensor del Pueblo, hay que esperar a que la comisión nacional de expertos emita un informe o unas normas para que todas las comunidades autónomas podamos actuar de una forma más coordinada y resolver este tema.

Reitero, finalmente, mi agradecimiento al Defensor del Pueblo y al redactor, el señor Aguilar, por el estudio que califica muy positivamente la gestión del Defensor del Pueblo en una práctica que podríamos llamar médica, de prevención. No se trata de curar, pero sí de prevenir, dando una solución en un servicio público esencial propio de sociedades del siglo XXI en el que los parlamentarios estamos trabajando para mejorarlo y mejorar con ello el bienestar de los ciudadanos.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Pérez Domínguez tiene la palabra.

La señora **PÉREZ DOMÍNGUEZ**: Señor presidente, señorías, señor Múgica, buenas tardes a todos.

Como siempre, quiero dar la bienvenida en esta casa al Defensor del Pueblo, señor Múgica y a sus adjuntos; bienvenida que, afortunadamente, se está convirtiendo en algo habitual, por lo que agradecemos desde mi grupo los trabajos que nos viene presentando la defensoría y en particular el que nos trae hoy aquí, las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Es un trabajo harto difícil de realizar, como señala el propio informe y se presentía desde mi grupo. Es difícil realizar un trabajo serio y eficaz cuando en nuestro país, como señala el propio informe, no existen criterios homogéneos ni medios para conocer realmente las diferentes listas de espera de especialidades quirúrgicas o de diagnóstico; algo que desde el principio pone en entredicho los datos ofrecidos en ese mismo informe el competente hasta el 1 de enero de 2002 en esa materia en 10 comunidades autónomas conocidas como territorio Insalud. Esta es una denuncia que en diversas ocasiones en esta misma Cámara ha efectuado el Grupo Socialista. Señorías, en varias ocasiones nos hemos encontrado con que el Ministerio de Sanidad nos facilitaba por escrito y oficialmente unos datos acerca de las listas de espera en esta Cámara que no coincidían con los datos que el propio Insalud ofrecía formalmente en el Parlamento, viéndonos obligados a remitir incluso cartas certificadas a la ministra anterior —la señora Villalobos— para que nos explicara qué sucedía con esos datos pues, en cuestión de horas, variaban sustancialmente los ofrecidos a los diputados de los ofrecidos a la prensa. Le pedíamos que nos dijera cuáles eran los reales, si los expresados por escrito o los expresados verbalmente o, lo que es peor —y es algo que mi grupo siempre ha temido— ninguno de ellos. Nunca hubo respuesta a esta carta. Señor Defensor, la primera conclusión que nos depara este informe es que los operativos de que disponen los centros hospitalarios —esto lo deja bien claro el informe— no permiten hoy, ni lo permitían ayer cuando el competente era el ministerio, conocer los datos reales de las listas de espera.

No nos queda más remedio que pensar que esos datos del Insalud sobre los que trabaja el informe, remitidos por el sistema de información sobre recursos y actividad —si hay—, son, cuando menos, inexactos y en verdad irreales y falsos. Luego, señor Múgica, a usted y a esta Cámara se nos han estado enviando datos falsos, y eso cuando se nos enviaban —a menudo se nos negaban— porque hemos tenido que plantear varios recursos ya que a menudo dejábamos de recibir los datos trimestralmente como era necesario; causa ésta de que le pidiéramos a la Defensoría en su momento que se hiciese este informe para ver si usted tenía más fortuna. El propio informe nos confirma que no ha sido así y que han sido muchas las dificultades, pero —en justicia hay que decirlo— este informe, a pesar de las dificultades, sirve para desenmascarar la patraña de listas de espera con bajadas espectaculares que nos

ofrecían cada cierto tiempo, primero el ministro Romay Beccaria y en esta legislatura la señora Villalobos.

Por otra parte, desearía que me resolviera una duda que recoge el propio informe. ¿Cuál es el motivo de que se solicitaran datos de lista de espera a 31 de diciembre de 2001 a quienes no eran competentes en esa fecha, es decir, a las 10 comunidades autónomas que recibieron las transferencias sanitarias en enero de 2002? No logro comprender por qué se piden datos a quienes no disponen de ellos y a continuación se extrañan de que no les sean remitidos. Lo extraño, el milagro sería que las comunidades autónomas transferidas el 1 de enero de 2002 provisionalmente —definitivamente en el mes de julio— dispusieran de esos datos y más extraño aún con el caos reinante en el antiguo territorio Insalud. Parece lógico que no existiendo criterios comunes, ni medios informáticos adecuados, ni sistemas de organización similares ni siquiera en esa zona Insalud, las distintas comunidades autónomas respondan en función de lo que encontró cada una, que no fueron pocas sorpresas. Así, Extremadura informa de la existencia de listas de espera de pacientes pero no puede dar tiempos de demora ya que, como indica el informe, en los hospitales que le han sido transferidos sólo hay listas de espera para los que serán intervenidos quirúrgicamente en los seis meses siguientes.

Escuchen, señorías, cómo trabajaban los profesionales bajo los órdenes del Insalud. Tengo una carta del director médico de un hospital de Cáceres, de la Comunidad de Extremadura, al jefe de los servicios quirúrgicos que dice textualmente: A lo largo del año en curso hemos comprobado un notable incremento de inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica. Para lograr el objetivo institucional de no tener pacientes con más de seis meses en lista de espera quirúrgica solicitamos que se adecuen las entradas en la misma y que el global de las inclusiones se ajuste en cada servicio a su capacidad de salidas programadas en los próximos cinco meses. Igualmente, le pedimos un esfuerzo para que los pacientes que deben de ser revisados en consulta no sean incluidos.

Señorías, este hecho que no sé cómo calificar ha provocado que en una única área de salud, la de Badajoz, se hayan encontrado en los cajones cuando se recibieron las transferencias más de 7.000 ciudadanos, más de 7.000 enfermos en lista de espera paciente que no estaban incluidos en las famosas listas de espera. Eso quizá pueda explicar por qué en algunas comunidades autónomas, una vez recibidas las transferencias, aparecen unas listas de espera superiores a las que facilitaba el Insalud. Otro tanto ha sucedido en otros hospitales de la comunidad extremeña, como no es de extrañar el dato que da el propio informe sobre Cantabria, con unas listas en traumatología de 282 pacientes para toda la comunidad y en la visita girada por la Defensoría se comprueba que en un sólo hospital había 410 enfermos

en lista de espera. Por lo tanto, los datos que se nos han facilitado han sido siempre falsos y no eran de fiar.

Señor Defensor, señorías, la casuística en esta cuestión de las listas de espera es tan amplia, como el propio informe recoge, que debería haberse tenido un poco más de celo en diferenciar la negativa a enviar datos a quien no le correspondía o no disponía de ellos. Me refiero a las comunidades del denominado territorio Insalud y aquellas otras que llevan ya varios años en el ejercicio de su competencia en la gestión sanitaria. Por otra parte, no podemos por menos que escandalizarnos con las conclusiones que resultan del trabajo —y agradecerles por lo tanto el mismo—: alarmantes listas de espera, inadecuada gestión de las mismas, descoordinación en el Sistema Nacional de Salud, descoordinación entre atención primaria y especializada, deficientes sistemas de información y falta de transparencia. Señor Defensor, coincidimos con usted en negarnos a entender cómo la mayor empresa de este país, la sanidad, carece aún hoy de los medios informáticos necesarios para realizar su gestión. Es algo que mi grupo parlamentario viene reclamando en diversas iniciativas, mociones, proposiciones no de ley, incluso en resoluciones del debate sobre el estado de la Nación, sin que, como su informe demuestra, hayamos tenido éxito alguno. Pero, señor Defensor, sus recomendaciones no pueden ir dirigidas a 17 comunidades autónomas, pues aunque éstas tengan ya la gestión encomendada, no puede usted olvidar que no existen 17 sistemas de salud sino 17 servicios de salud y un solo Sistema Nacional de Salud recogido en nuestra Ley General de Sanidad de 1986. **(Un señor diputado: Muy buena reflexión.)** Tenemos un solo Sistema Nacional de Salud y una máxima autoridad sanitaria, aunque debido a su escasa participación en la vida política no es reprochable su olvido; una máxima autoridad sanitaria que es quien, en coordinación con las comunidades autónomas, ha de fijar los criterios y los tiempos de espera y de demora y homogeneizarlos, porque ya hay comunidades autónomas, como ha señalado el Defensor, que ante la desidia del Ministerio de Sanidad han comenzado a legislar al respecto. Es el caso de Castilla-La Mancha que hace dos semanas aprobaba su normativa y otras que la tienen con anterioridad, como Andalucía o el País Vasco, debido a que tienen la gestión desde hace más tiempo. Ya hay comunidades autónomas, como Andalucía, que movilizan cada fin de semana a 1.500 profesionales para operar por la geografía andaluza y reducir la lista de espera quirúrgica. Se trata de 83 equipos móviles de cirugía que en un solo año y medio han realizado 15.000 operaciones y tienen sus listas de espera quirúrgicas colgadas de la red con absoluta transparencia para conocimiento de los ciudadanos.

Por tanto, señor Defensor, el problema hoy es la coordinación y homogeneización en lo que esta sea necesaria y positiva. Por ello, el Grupo Socialista, nada más producirse las transferencias sanitarias a las 10

comunidades autónomas que restaban, presentó en esta Cámara una proposición de ley de coordinación del Sistema Nacional de Salud ante la falta de compromiso del Ministerio. Esa proposición fue rechazada por el grupo mayoritario. Desde su toma de posesión la señora Villalobos anunció la presentación de un proyecto similar a éste por su ministerio, así como reducir las listas de espera. Ni lo uno ni lo otro. La actual ministra, señora Pastor, ha hecho lo propio, pero aún no conocemos ese borrador de decreto de coordinación y homogeneización de listas de espera que anunció la semana pasada ante el escándalo que produjo el conocimiento de este informe que hoy nos presenta la Defensoría.

Mejor suerte —hay que reconocerlo aquí— ha tenido el proyecto de ley, ya que la semana pasada ha tenido entrada en la Cámara un proyecto de ley del Gobierno de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esperamos que ambos puedan ser consensuados por las comunidades autónomas que tienen la gestión y con los diferentes grupos con representación parlamentaria. Esto será fenomenal para el Sistema Nacional de Salud porque, de una vez por todas, quizás sus recomendaciones se vean recogidas. Es preciso que aprobemos una ley que contemple suficiente dotación económica para que las comunidades autónomas puedan poner en marcha medidas concretas, sin duda costosas, y para las que no se hicieron transferencias ni el 1 de enero de 2001 ni con anterioridad a las comunidades que en esa fecha ya tenían asumidas las competencias.

Señorías, señor Defensor —y aquí coincido con la portavoz del Grupo de Izquierda Unida—, la causa fundamental del actual estado de degradación de la asistencia sanitaria pública en nuestro país no es otra que la escasa inversión que se destina a la misma. En gasto sanitario no llegamos al 7 por ciento del PIB, encontrándonos por debajo de la media del gasto sanitario de la OCDE. Me evito dar el número de camas porque ya lo ha dado la portavoz del Grupo de Izquierda Unida con anterioridad. Nos encontramos por debajo de la media del gasto sanitario de la OCDE, según su informe de salud de 2001. Alemania, por ejemplo, invierte un 10 por ciento del PIB e incluso países como Portugal se encuentran por encima de nosotros, con una inversión de 1.300 euros por habitante, mientras que España invierte 1.062. Señor Múgica, el fin de las transferencias sanitarias ha conseguido la máxima descentralización de la asistencia pero también ha puesto de manifiesto las desigualdades en los servicios, según han manifestado los expertos en el informe de este año de la Sociedad Española de Salud Pública, SESPAS. Dice literalmente: la consecuencia ha sido que la calidad de los servicios no es equitativa y dependen del lugar de residencia del paciente. Algo que queda también claro en el informe que hoy nos presenta la Defensoría. ¿Saben SS. SS. que en los hospitales transferidos de la provincia de Badajoz no hay ni una sola máquina de resonancia magnética? La nada es lo que se ha trans-

ferido a Extremadura. ¿Puede extrañar entonces la lista de espera existente para realizar esta prueba diagnóstica en esa comunidad? No voy a entrar en el análisis pormenorizado de cifras por hospital o por comunidad autónoma.

Los escasos datos conseguidos en cada una de las visitas efectuadas por el adjunto a la Defensoría, don Manuel Aguilar, únicos fiables del informe, aunque no se pueden extrapolar a todos, son esclarecedores por sí solos de una situación alarmante en las listas de espera en nuestro país. Es cierto, señor Múgica, que las listas de espera excesivas son un mal común a nuestro Sistema Nacional de Salud, pero en algunos sitios y muy especialmente en el antiguo territorio Insalud están peor que en las comunidades antes transferidas. Si así no se ha conseguido demostrar con el informe es porque no están homogeneizados los criterios ni la forma de hacerse las mismas y porque algunos no ocultan datos como los ocultan otros. Hay que hacer un gran esfuerzo de coordinación y homogeneización, tiene que hacerse de manera consensuada entre comunidad autónoma y ministerio, ha de tener suficiente dotación económica y ha de hacerse con celeridad, pues ya hay comunidades autónomas legislando al respecto. No podemos olvidar que además de estar provocando situaciones personales, familiares, sociales y laborales extremas, con la espera excesiva se está privando a los pacientes del derecho efectivo a la salud, y usted, señor Defensor, y nosotros, representantes de los ciudadanos, debemos evitar que esto siga sucediendo. Espero que este trabajo, y el que dicho informe nos ayude a realizar a diputados y senadores en las dos Cámaras, permita que en el tiempo más breve esta terrible situación mejore. Con ello habremos dado un paso más en el cumplimiento de nuestro cometido.

No quisiera terminar, señor Múgica, sin hacer referencia a un asunto, según mi grupo de suma importancia, al que usted no se ha referido, pero que viene denunciando la Defensoría en distintas ocasiones y que permanece oscurecido, unas veces por una causa otras por otra, ante la contundencia de diversos datos que se presentan en sus informes, en este caso el de las listas de espera. Señor Múgica, insiste usted —ya lo anticipaba en el informe anual, pero pone ahora mayor énfasis en éste— en la denuncia de incumplimiento de la Ley General de Sanidad en lo referido a la universalización de la asistencia sanitaria. Permítame que lea textualmente alguno de los párrafos recogidos en su informe: El mandato recogido en el artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad establece que la asistencia sanitaria se extenderá a toda la población, previsión todavía no culminada. En efecto, transcurridos 17 años desde que se aprobó la Ley General de Sanidad, todavía no se ha logrado hacer plenamente efectiva la universalización de la asistencia sanitaria pública, dado que algunos ciudadanos que no tienen reconocido el derecho a esta asistencia se ven obligados a financiar

la atención cuando acceden a centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, y ello a pesar de que el presupuesto en Sanidad para 1999 culminó el proceso de separación de fuentes de financiación que la asistencia sanitaria canalizaba a través del Instituto Nacional de la Salud, dando así cumplimiento a uno de los acuerdos alcanzados en el Pacto de Toledo. De lo anteriormente expuesto se desprende una cierta contradicción entre los principios inspiradores del modelo sanitario contenido en la Ley General de Sanidad y la realidad legal y formal del aseguramiento sanitario, que en ciertos aspectos continúa bajo el patrón típico de la Seguridad Social caracterizado por la adscripción profesional y la financiación contributiva. En este sentido, el Observatorio europeo de sistemas sanitarios analizó los retos pendientes del Sistema Nacional de Salud español resaltando, entre ellos, el relativo a la extensión de la cobertura universal al cien por cien de la población. Este sí es un reto importante de nuestro Sistema Nacional de Salud, señor Múgica. Mi grupo le solicita en esta Comisión formalmente que actúe con los medios que tiene a su disposición para que 17 años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, que probablemente será ampliada y modificada por el proyecto de ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que acaba de entrar en esta Cámara, se cumpla el mandato de universalización de nuestra asistencia sanitaria pública.

No tengo más que felicitarles por el trabajo tan estu­pendo que han hecho; gracias por su paciencia y muchas gracias al Defensor y a sus adjuntos.

El señor **PRESIDENTE**: Don Celso Delgado, representante del Grupo Popular, tiene la palabra.

El señor **DELGADO ARCE**: Señorías, señor Defensor del Pueblo y adjuntos que le acompañan, una vez más nos felicitamos del trabajo de la oficina del Defensor del Pueblo y de estar debatiendo nuevamente un interesante estudio monográfico, con el que se da cumplimiento a los mandatos que se han hecho por esta Comisión Mixta de Relaciones con el Defensor del Pueblo y también respondiendo a una de las claras preocupaciones de los ciudadanos españoles que es la atención sanitaria, la problemática de la salud. El informe es lo suficientemente amplio y las intervenciones que me han precedido han sido ya lo suficientemente extensas como para que yo no haga una intervención exhaustiva. Me voy a concentrar en analizar los capítulos VII, VIII y IX del informe y voy a hacer luego una valoración, en nombre del Grupo Popular, de actuaciones que consideramos se están haciendo y se deben hacer en orden a solucionar los problemas que aquí se detectan.

En el apartado de conclusiones se nos menciona algo que es conocido. A cualquier ciudadano que le pregunten lo que más le importa es su salud, la suya y

la de sus familiares; es una preocupación. Sin embargo, y esto quiero decirlo en la Comisión, el problema de la salud no es un problema que preocupe a los ciudadanos de forma prioritaria. El valor de la salud, el valor sanitario es importante, pero afortunadamente en España el problema de la salud no está conceptualizado como un problema de los prioritarios. Hoy he echado mano del CIS de octubre de 2000 y me he llevado una cierta sorpresa, lo reconozco en la Comisión, en la medida en que la sanidad y la salud están puntuadas en la preocupación de los problemas principales que actualmente existen en España en los últimos lugares, pero a unos niveles muy bajos. ¿Qué significa esto? Lo pongo encima de la mesa simplemente para que lo valoren sus señorías, no quiero hacer ningún tipo de interpretación. Es cierto que, como dice el Defensor en su informe, en nuestro país existe un modelo sanitario que por su financiación pública, por el alcance de las prestaciones —dice también el informe del Defensor—, por la práctica universalidad con la que se presta asistencia, por la cualificación de los profesionales y por la dotación de los centros de alto contenido tecnológico, supone en España la expresión de una solidaridad equiparable a la de los países que gozan de un mayor nivel de protección. Yo comparto esas afirmaciones. Con todas las deficiencias, con todos los problemas, con todas las mejoras que hay que hacer, tenemos un sistema sanitario en los términos que define el informe del Defensor del Pueblo y también tenemos, como se dice en el informe, problemas similares a los de los países de nuestro entorno, de nuestro nivel económico y, por tanto, tenemos que actualizar permanentemente la solución a estos problemas y dar respuesta a las demandas de los ciudadanos. Y, sin duda alguna, uno de los graves problemas con los que nos encontramos es la existencia de dilatados tiempos de espera para recibir asistencia sanitaria no urgente. Esto es indiscutible, esto lo dice cualquier ciudadano que tenga dos dedos de frente.

Ahora bien, ¿cuáles son las causas de las listas de espera? No ha de decirlo un observador y un profano, pero he de remitirme a las conclusiones de un grupo de técnicos que se integraron en ese grupo de expertos del Consejo Interterritorial de la Salud. Se dan diez causas determinantes, por orden de prelación, de las listas de espera y se apunta, en primer lugar, el envejecimiento de la población, factor indiscutible. Segundo, existencia de cuellos de botella funcionales, en particular en el ámbito quirúrgico y en determinadas exploraciones complementarias. Tercero —nadie ha hablado de esto todavía en la Comisión y creo que debemos de hablar—, los limitados horarios de funcionamiento de los servicios. En cuarto lugar, el irregular rendimiento del personal, y también debemos decir esto en la Comisión. En quinto, la elevada variabilidad en la práctica clínica. En sexto, el desigual grado de utilización de la red de utilización pública, centros públicos y concertados. La irregular dotación de recursos, en séptimo

lugar, y por supuesto que comparto que cuantos más recursos apliquemos probablemente obtengamos también mejores resultados. Octavo lugar, la escasa implicación de los clínicos en la gestión de los servicios; tampoco hemos hablado de esto. Noveno, la inadecuada organización de los circuitos asistenciales y, en último lugar, el actual marco normativo y las limitadas herramientas para la gestión pública. Por tanto, en la existencia de listas de espera no sólo, querida compañera Marisa Castro, está el factor económico como determinante, ese es un factor, pero hay otros muchos que son y deben hacernos meditar sobre las causas de las listas de espera.

¿Y qué más nos dice el informe en su apartado de conclusiones de carácter general? Que las listas de espera, además de estar presentes en todos los sistemas sanitarios del mundo, existen y persisten con independencia de la orientación política de los gobiernos de cada país y no guardan relación directa con el nivel de su gasto sanitario ni con el modelo sanitario predominante. Esa es otra de las conclusiones de este grupo técnico de expertos que también recoge el informe del Defensor. Por lo tanto, no voy a entrar aquí en un debate político para decir que lo que se gestiona desde la perspectiva de la administración de centro es una perspectiva adecuada y satisfactoria en sus resultados, lo que se gestiona desde la perspectiva nacionalista no lo es y lo que se gestiona desde la perspectiva socialista no lo es. No. No voy a caer en ese tipo de debates. Yo constato esta realidad. Se hace una reflexión de carácter general, en el sentido de que los incrementos de recursos no garantizan de por sí la reducción de las listas de espera a medio y largo plazo, puesto que se constata también que generan nuevos incrementos de la demanda. Y no lo digo yo, lo dicen los expertos. A partir de estas consideraciones generales que se hacen, entre otras, como la de que es muy difícil encajar la oferta y la demanda en un sistema de sanidad pública universal como el que tenemos en España y también la reflexión de que tiempos de espera razonables pueden incluso representar un factor de mayor eficiencia del sistema y ser expresión de una mayor rentabilidad de los recursos públicos, necesariamente limitados, llegamos a la conclusión de que abordar la solución de estos problemas es una tarea a la que se están poniendo ya todas las administraciones sanitarias, pero no es una tarea fácil.

Segundo aspecto del informe, método y alcance del estudio. No tengo nada que objetar en relación con el método y alcance del estudio. Me parece acertado que se hayan elegido como muestreo primeras consultas, tratamientos diagnósticos y listas quirúrgicas. El estudio está hecho en el momento circunstancial en el que ha ocurrido, es decir, en un momento en el que había comunidades autónomas que tenían la sanidad transferida, siete, y comunidades autónomas que estaban a punto de recibir esta transferencia en enero de este año.

Por lo tanto, los datos que se han suministrado han estado en función de esta coyuntura. Y no es asumible como argumento que a partir de enero de 2002 había comunidades autónomas que no tenían ni un solo dato sobre listas de esperas porque sí lo sabían. Tampoco cabe el argumento de decir que todo lo que es anterior a enero de 2002 y proviene del territorio Insalud son informaciones falsas, como aquí se ha dicho; a mí me parece una expresión que, cuando menos, debería retirarse. Sólo haré una observación. Si en el informe del Defensor se cierra una fecha, se plasma en un documento y se expone en la subcomisión, si hay alguna comunidad autónoma —me consta que ustedes han trasladado el informe a todas— que contesta en este íterin que se produce entre la presentación y la exposición, se debe hacer constar que existió esa respuesta, pero no procede la divulgación del contenido de esa respuesta si no se ha posibilitado que de las demás comunidades autónomas se haya obtenido la misma información, porque entonces estaremos siempre ante estudios en los que se pueden ir rectificando las conclusiones en función de la respuesta más ágil o más fácil que den algunas. Aquí se han dado datos a posteriori de la Comunidad Autónoma de Madrid y de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, pero seguramente al representante de la Comunidad canaria, de Cataluña o de otra comunidad le hubiese gustado también tener la misma oportunidad. Por eso yo discrepo en ese dato, sin que sea una cuestión fundamental. No voy a entrar en la valoración de qué comunidades autónomas están mejor o peor en un determinado momento. El informe dice que con carácter generalizado hay unas listas de espera que son inaceptables. Yo me quedo con esa afirmación.

Un apartado que al Grupo Parlamentario Popular le parece interesante es el relacionado con la gestión de las listas de espera. Se emiten un conjunto de conclusiones y se llega a la afirmación de que se ve como inadecuada la gestión de las listas de espera, que nuestros sistemas de información, que sí existen, no permiten conocer con exactitud ni a nivel corporativo el alcance de las listas de espera en consultas y en pruebas diagnósticas, que existen prácticas de lo que se denominan agendas cerradas, que se traducen en la existencia de pacientes en espera durante un número llamado de meses de que se les asigne la fecha en la que puedan ser atendidos, etcétera. Respecto a la extensión de las listas de espera, las conclusiones también nos parecen interesantes.

Lo más importante de los informes de esta oficina son las recomendaciones; en qué medida sirve el estudio para dar solución a los problemas. En el apartado de recomendaciones la afirmación primera es básica. Aquí están implicados todos los servicios de salud de todas las comunidades autónomas. Es imprescindible tomar medidas urgentes para suprimir tiempos de espera que no sean razonables. En este contexto el

apartado de la gestión de las listas de espera es el que se considera fundamental. El informe nos habla de la gestión de las consultas externas y de las pruebas de diagnóstico, así como de la gestión de las listas de espera quirúrgicas. En relación con la gestión de las consultas externas y técnicas quirúrgicas, la Ley General de Sanidad establece en su artículo 18 que hay dos niveles asistenciales que están interconectados entre sí: la atención primaria y la atención especializada. La atención primaria es la vía por la que accedemos los ciudadanos al sistema sanitario, sin que la intervención en este nivel se limite únicamente a los episodios de enfermedad. Mientras que la atención especializada, como de todos es conocido, es un apoyo y complemento de la atención primaria. ¿Qué se detecta en este estudio? Se detecta una falta de continuidad entre estos dos niveles asistenciales, sin criterios clínicos y organizativos comunes y que este es uno de los principales del Sistema Nacional de Salud. Esto perjudica a los ciudadanos y les proporciona una visión fraccionada del sistema sanitario. A partir de estas afirmaciones, en el informe se plantean un conjunto de recomendaciones, que nosotros suscribimos, en relación con distintos aspectos como son la cooperación entre estos dos tipos de atención, los criterios de inclusión en el registro de consultas y pruebas diagnósticas y las bases para una adecuada gestión de cita o la comunicación entre profesionales.

Respecto a las recomendaciones sobre la lista de espera quirúrgica, que es en este momento una competencia de las comunidades autónomas, me gustaría valorar como muy interesantes las reflexiones que se hacen en relación con las bases para una adecuada programación quirúrgica, porque el proceso de programación de cualquier actividad asistencial precisa de un período de tiempo necesariamente para su correcta planificación y organización del servicio que se presta a los pacientes. Por ello, el establecimiento de esta priorización de pacientes con alta prioridad, pacientes preferentes o con prioridad media y pacientes con prioridad baja, que son criterios que ha definido muy acertadamente el grupo de expertos del consejo interterritorial, debe seguir.

Otra cuestión de la recomendación de la lista de espera quirúrgica que va en la línea de lo que se entiende por un Sistema Nacional de la Salud es la atención de los pacientes en centros alternativos. La Ley General de Sanidad dice que las administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrá establecer conciertos para las prestaciones de servicios sanitarios con medios ajenos a ella, permitiendo tal medida incrementar la capacidad existente en el sistema sanitario y garantizar la asistencia quirúrgica al paciente en tiempo apropiado. Esta recomendación sobre la gestión de las listas de espera quirúrgicas que plantea como una opción la atención de pacientes en centros alternativos no debe ni mucho menos descartarse.

También quiero citar en esta Comisión la recomendación en materia de derechos del paciente en orden a la información. La información al paciente es un derecho del usuario reconocido en la Ley general de Sanidad y supone un deber de los poderes públicos aportar esta información. En relación con las listas de espera, este deber de información es un derecho para el paciente a conocer las normas de funcionamiento del sistema de la lista de espera quirúrgica que haya en cada comunidad autónoma; a conocer el tiempo de espera previsible para la prestación quirúrgica que le ha sido indicada; y a obtener una copia del documento de solicitud de la inclusión.

En el apartado 3 de las recomendaciones se mencionan los criterios de indicación y prioridad clínica y se alude a que será de conformidad con la propuesta básica del grupo de expertos. Estos criterios de prioridad clínica y de indicación, cuyo nombre ya suena a algo muy árido y muy poco atractivo, es cierto que pueden serlo pero son muy prácticos. La señora Castro hace un momento, en cuanto a la oftalmología y las cataratas, ponía de relieve esa dolencia en relación con la población mayor que tenemos, y debo decirle que estos criterios de indicación a los que se alude establecen, por ejemplo en relación con las cataratas, dentro de los criterios de indicación quirúrgica, la prioridad alta para cinco casos, justamente aquellos que tienen más gravedad y que pueden producir la ceguera a la que alude su señoría. Esto indica que vamos en la buena dirección en la medida en que por fin estamos definiendo criterios objetivos, criterios en los que se ha contado, como aquí se ha mencionado, con las sociedades científicas, en este caso la Sociedad Española de Oftalmología.

Paso al último apartado de mi intervención. ¿Qué entendemos que procede realizar para seguir estas recomendaciones desde las distintas comunidades autónomas y desde la Administración general del Estado? La Constitución española, en su artículo 43, y fueron casi las primera palabras del señor Múgica, proclama el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y dice que todos los poderes públicos están obligados a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de prestaciones necesarias. Se citó la Ley General de Sanidad del año 1986; se dijo también que España tiene un modelo autonómico, que reconoce amplias facultades y competencias en la Constitución y en los estatutos de autonomía a las comunidades autónomas en materia de salud; que tenemos un sistema un Sistema Nacional de Salud integrado por servicios de Salud de las distintas comunidades autónomas. Hoy está íntegramente transferida esta competencia. Además, el servicio de Salud de cada comunidad autónoma es muy complejo, porque integra servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos, y otras administraciones intracomunitarias. Y resulta imprescindible coordinar el Sistema Nacional de Salud. Hoy, con la Ley General de Sanidad actual-

mente vigente tenemos dos instrumentos de coordinación: el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el que, como todos saben, hay representantes de las comunidades autónomas y de la Administración general del Estado; y a través de los llamados planes integrados de salud. Pero lo cierto es que once años después, y como ha puesto de manifiesto el informe Abril, y también otros informes y otros estudios sobre el Sistema Nacional de Salud, es imprescindible vertebrar este sistema.

El Sistema Nacional de Salud se fundamenta en la responsabilidad de las comunidades autónomas en proveer servicios sanitarios a la población, pero debido al alto nivel de descentralización hay que vertebrar y hay que cohesionar. Por ello, el Partido Popular, que hoy, por mandato de los españoles, tiene responsabilidad de gobernar, ha presentado en esta Cámara el proyecto de ley de cohesión y de calidad, al que luego me voy a referir brevemente. Desde enero de 2002 la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social corresponde a las comunidades autónomas y simultáneamente ha entrado en vigor un nuevo modelo de financiación de las comunidades autónomas que se rige por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Este modelo, a diferencia de los anteriores, establece que la financiación de los servicios de asistencia sanitaria ha quedado integrada en el marco general de la financiación de las comunidades autónomas y que ha de garantizar la suficiencia de los recursos asignados. Este modelo de corresponsabilidad en los gastos, pero también en los ingresos, fue aprobado por unanimidad por todas las comunidades autónomas y por la mayoría de los grupos parlamentarios de esta Cámara. Nos sitúa en un escenario distinto en el que cada comunidad autónoma va a poder discriminar su gasto en función de la orientación que le quiera dar, y aquella que quiera tener un nivel de prestación sanitaria más intensificado, mejor, si lo desea, y si puede aplicará mayores recursos económicos. En esta perspectiva de vertebración y de coordinación es en la que se mueve el proyecto de ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que nos parece, señor defensor, señores adjuntos, que es una buena respuesta a parte de los problemas que se denuncian en las conclusiones de este informe. Se trata de mejorar la asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos en un sistema sin desigualdades y en el que se preserven los principios de accesibilidad, de tiempo y de seguridad. Es un proyecto de ley que aborda el tema de las prestaciones; que, además de decir que todos los ciudadanos españoles tienen el derecho a disfrutar de las mismas prestaciones sanitarias, con las mismas garantías y con independencia del lugar de residencia en el territorio nacional, incluye dentro del catálogo de especialidades nuevas la atención paliativa a los enfermos terminales, por ejemplo, la salud bucodental, a la que se ha aludido también en unos cuantos informes del Defensor, y la salud mental.

Un aspecto fundamental de este proyecto de ley es el de la garantía de las prestaciones, garantía que tiene que darse en seguridad. ¿Seguridad en qué? En lo que se exija para abrir centros y establecimientos sanitarios públicos y privados; garantía de calidad; garantía de accesibilidad; garantía de movilidad; garantía en información; y, señorías, también garantía de tiempo. Por eso, si procedemos a la lectura del artículo 22 del proyecto de ley, que se ha publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales con fecha 3 de diciembre, dice en relación con las garantías de tiempo: Mediante real decreto, previo informe del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se establecerá el marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Las comunidades autónomas definirán los tiempos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco. Es por tanto un proyecto de ley que no pretende intervenir, pero que sí pretende garantizar, vertebrar y coordinar. Y tiene S.S., portavoz del Grupo Socialista, toda la razón, hemos de esforzarnos por no imponer un texto sino tratar de coordinarlo con las comunidades autónomas y con el resto de los grupos parlamentarios en aras de que de aquí salga una ley en beneficio de los ciudadanos.

Otro instrumento que se va a abordar inmediatamente, y estoy rematando, señor presidente —el informe es muy exhaustivo y por eso es imposible resistirse a comentar un poco sus extremos, so pena de casi depreciarlo, y no es esa nuestra voluntad—, es que se prevé aprobar un real decreto que va a regular justamente lo que el informe nos denuncia con claridad: que no tenemos en España un sistema de información adecuado sobre listas de espera. Este borrador de real decreto, que establecerá los criterios para el cómputo de las listas de espera y un sistema de indicadores, esperamos que esté aprobado en los próximos meses y nos parece que va a dar una muy buena respuesta a la problemática expuesta en este informe. Finalmente, como otro instrumento importante, que fue aludido por el representante del Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, es que el 29 de noviembre de 2002 el Consejo de Ministros aprobó un real decreto, como S.S. conoce, que regula la distribución del Fondo de cohesión sanitaria entre las comunidades autónomas, cuya finalidad es garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria pública en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de aquellos con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca. Es cierto que algunos de los problemas que ha señalado el señor Mardones en relación con la sanidad en Canarias tienen su origen justamente en esa problemática. Con estos tres instrumentos y con muchos más que habrán de arbitrase podremos estar en condiciones de abordar esta difícil problemática que son las listas de espera.

El señor **PRESIDENTE**: Señor adjunto segundo del Defensor del Pueblo.

El señor **ADJUNTO SEGUNDO DEL DEFENSOR DEL PUEBLO** (Aguilar Belda): Antes de pasar a contestar a los problemas expuestos por los diferentes portavoces de los grupos parlamentarios, y algunos han sido repetidos, quisiera hacer unas consideraciones generales. Esta adjuntía no es la responsable única de este tipo de trabajos, sino que es una institución unipersonal. Los únicos protagonistas y padres de este estudio son los expertos y asesores del área de salud del Defensor del Pueblo y lo único que yo he hecho desde la adjuntía, que es lo mismo que hizo la adjunta 1.<sup>a</sup> con el informe de menores, ha sido coordinar esos trabajos bajo la supervisión total y absoluta del Defensor del Pueblo, como órgano unipersonal que es.

Voy a hacer algunas aclaraciones que se van a referir en las intervenciones de todos los portavoces. No se ha pretendido llevar a cabo un estudio exhaustivo acerca de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. En primer lugar porque no podríamos hacerlo por la carencia de medios materiales y humanos, ya que para poder llevar a cabo ese tipo de estudio posiblemente se hubieran necesitado cientos de millones de pesetas y alguna docena de expertos. En segundo lugar, porque, aunque hubiéramos tenido esos medios materiales y humanos, la propia dinámica y la propia actividad de este sector hubieran hecho que lo hubiéramos tenido que enmarcar muy limitadamente en el tiempo, así como los diferentes sistemas de contabilización e informatización de las listas de espera lo habrían hecho prácticamente imposible. Es muy difícil que desde esta institución se pudiera hacer ese tipo de estudio exhaustivo. Lo que hemos pretendido es única y exclusivamente hacer una llamada de atención sobre dos extremos que a nosotros nos parecen graves. Uno, que aun reconociendo que la existencia de listas de espera de tiempo razonable no tiene que ser reprobable ni reprochable —alguno de los portavoces lo ha dicho—, sino que simplemente puede ser la expresión de una mayor rentabilidad social de los limitados recursos públicos a la vez que permite no tener recursos ociosos; sobre todo en un sistema universal con financiación pública, con gratuidad de las prestaciones y con un presupuesto global cerrado. Pero hemos querido llamar la atención de que existen listas de espera quirúrgicas, de consultas externas de especialistas y de pruebas diagnósticas, que, como se dice en el informe, son social y clínicamente inaceptables. También lo hemos hecho de la falta de homogeneidad y de que no se consigue la equidad y la eficacia si no se tienen unos criterios homólogos a la hora de contabilizar, de establecer cuáles son las unidades de admisión, cuál es la conexión que debe existir entre la atención primaria y la secundaria o la terciaria, cuáles son los criterios de indicaciones quirúrgicas, si la prioridad de la permanencia en las listas de espera

debe ser única y exclusivamente la antigüedad en la lista o tienen que existir criterios de tipo quirúrgico o indicaciones de sociedades médicas. Sobre esto quería hacer un comentario. En ningún caso hemos querido que se convirtiera en arma arrojadiza ni en un estudio de tipo comparativo de cuáles son los buenos y los malos, porque como ha dicho el señor Mardones, en todos los servicios se aprecian deficiencias y sólo hemos pretendido hacer una llamada de atención sobre estos extremos.

Con carácter general, tengo que agradecer a todas las administraciones sanitarias, con alguna excepción puntual y rarísima, que se hayan esforzado en facilitar la información solicitada, ya que han establecido escenarios de comunicación fluida entre la institución del Defensor del Pueblo y las diferentes administraciones y en la mayoría de los casos, por no decir en un 99 por ciento, han sido única y exclusivamente las carencias de tipo tecnológico —que ya se han comentado ampliamente en el informe— las que no han posibilitado que se facilitara toda la información que hubiera sido deseable. Porque nos encontrábamos con comunidades autónomas —con esto entro en alguna de las apreciaciones del señor Grau— que estaban procediendo a un trabajo de monitorización de todas las listas de consultas externas —como también figura en el informe— y de pruebas diagnósticas, estaban haciendo un plan de choque. La propia Administración catalana nos decía que hasta finales del 2003 era imposible facilitarnos ese tipo de datos, precisamente porque estaban en un proceso de mejora del sistema.

Hechas estas aclaraciones genéricas, lamentamos, señor Mardones, las filtraciones, pero son inherentes a la propia casa en la que nos encontramos compareciendo. Como bien ha dicho el Defensor del Pueblo, nos hubiera gustado que este hubiera sido el primer debate sanitario de este estudio, pero desgraciadamente se ha hecho en otros ámbitos, aun cuando hemos sido muy rigurosos de que no hubiera esas filtraciones por parte de la institución, por respeto a la Cámara y por respeto a SS.SS., que son los beneficiarios de la información que nosotros queremos transmitir. Todos los problemas que ha dicho S.S. se tienen en cuenta en la problemática de Canarias y no se ha visitado única y exclusivamente el centro de Candelaria de Tenerife, y el Insalud, La Administración autonómica nos ha facilitado datos de todos y cada uno de los centros de Canarias. Hay que tener en cuenta el problema insular, que usted no ha mencionado, que es un problema adicional y a la generación de listas de espera, el tema de los turistas residentes europeos y la huelga, a la que no ha hecho alusión S.S.; hubo una huelga de médicos especialistas en Canarias, entre abril y diciembre de 2001, que pudo incrementar estas listas. No hemos podido por menos que hacer constar lo que la propia Administración nos ha transmitido, que es que el número de paciente en espera superior a 6 meses superaba a veces el 63 por

ciento de los que se encontraban en lista de espera. Y no es fruto del muestreo del hospital Virgen de Candelaria, de Tenerife, sino de la información que nos ha sido facilitada por la propia Administración. Coincido con S.S. en que se deber llegar a un acuerdo en el Consejo interterritorial de Salud sobre la contabilidad; usted hablaba de la contabilidad nacional en los Presupuestos Generales del Estado, cuando se llegó a ese acuerdo. Lo mismo hay que llegar aquí a un acuerdo, sin menoscabo de las competencias que corresponden a cada comunidad autónoma. Si queremos garantizar la equidad, tenemos que llegar al acuerdo de cuáles son los criterios y los instrumentos que vamos a utilizar para llevar a cabo la labor de unificar la materia de la que estamos hablando. Tenemos que distinguir entre aquél que está esperando 15, 20 días, 1 mes, 2 meses. En el informe ya se discrimina entre espera técnica, espera media, espera estructural, espera no estructural, demora prospectiva, ya que efectivamente no tiene la misma gravedad un tipo de demora o lista de espera que otro. Finalmente, tengo que agradecer la intervención y la acogida que ha tenido S.S. y su grupo parlamentario respecto a la realización de este informe.

A la señora Castro, de Izquierda Unida, también tengo que agradecerle la acogida que ha manifestado, aunque le tengo que hacer una aclaración con respecto a la opacidad y a la falta de información. Les he dicho que ha habido una colaboración total, absoluta y fluida por parte de todas las comunidades autónomas y administraciones responsables desde las que tenían las transferencias antes de enero de 2002, como las que las han recibido dicho año. Fruto quizás de una mala o de una falsa interpretación de alguien —estoy seguro que sin mala voluntad—, se ha vertido que expertos asesores del Defensor del Pueblo tuvieron que presentarse en algún momento como pacientes. Esto no es cierto. No ha habido falta de ayuda y de colaboración por parte de las administraciones, porque si la hubiera habido, los asesores del Defensor del Pueblo no hubieran tenido que hacerse pasar por pacientes, sino que tendríamos que habérselo comunicado al fiscal general del Estado, por falta de auxilio a la institución, como figura en el 502 del Código Penal, y no ha sido así. Salvo alguna excepción puntual, en general ha habido una total colaboración por parte de todas las administraciones. Hablaba del aumento de las listas de espera que aparece en determinadas comunidades autónomas —algún otro portavoz también ha hablado de ello—, pero posiblemente, porque tampoco lo sabemos, es achacable a las diferentes formas de contabilización que se establecían en un momento determinado desde el organismo Insalud y cuándo se transfiere a las comunidades autónomas, que quieren utilizar otro sistema de contabilización o que quieren formular y medir otra serie de parámetros. Esto no creo que sea achacable a la gestión de esas comunidades, porque, como se dice también en la intervención del Defensor del Pueblo,

por ejemplo la Comunidad de Madrid manifestó que no había tenido mucha capacidad de reacción en el corto espacio de tiempo que llevaban con competencias en materia sanitaria.

Hablaba el señor Grau de los hospitales de Tortosa y Lleida. Tortosa fue visitada porque era el hospital de mayor espera quirúrgica y Lleida porque era el de menor espera quirúrgica. Intentábamos precisamente estudiar esa dicotomía, pero hemos recibido información de la propia Administración autonómica, del Clínico de Barcelona, de la Cruz Roja de Hospitalet, de la Creu de Sant Pau, de Juan XXIII de Tarragona, de Viladecans, de Sant Boi, del Trueta de Girona, etcétera. Ha habido una colaboración total y absoluta por parte de Cat Salud y cuando no se nos ha suministrado alguna información ha sido debido a ese plan específico que nos remitieron y también a que estaban en ese proceso de monitorización que no lo podrían tener terminado hasta el año 2003. Coincido en la necesidad de coordinar. Creo que le he contestado prácticamente a todas sus cuestiones.

La Comunidad de Cataluña es efectivamente una comunidad cedente, que tiene establecidos conciertos con otras comunidades autónomas, sobre todo para atenciones de nivel terciario, y eso se nota también en los resultados de este estudio. Aparte, hay que tener en cuenta el envejecimiento de la población porque, como bien decía el señor Delgado, entre las causas de la generación de listas de espera se habla del envejecimiento de la población, de cuellos de botella funcionales, de limitados horarios de funcionamiento de los servicios, del desigual grado de utilización de la red pública, de la irregular dotación de recursos a nivel territorial, de la escasa implicación de los clínicos en la gestión de los servicios y de las limitadas herramientas para la gestión pública. Son múltiples las situaciones y también las causas, y posiblemente nos dejemos fuera otras 10, 12 ó 15 causas más.

La señora Pérez Domínguez dice que se piden datos del 2001 a las comunidades autónomas cuando el que los tenía era el Insalud. Los pedimos no sólo a las comunidades autónomas sino también al Insalud, para evaluar los datos de una y otra administración de lo transferido y de lo recibido. No había ninguna otra intencionalidad. Las recomendaciones y las sugerencias del Defensor del Pueblo se han remitido tanto al Ministerio de Sanidad, como responsables de esa política sanitaria nacional, como a las 17 comunidades autónomas, porque se precisa de esa coordinación en el ámbito del Consejo interterritorial, sin menoscabo de lo que sean competencias exclusivas de las comunidades autónomas. Coincido en la necesidad de preservar el principio de equidad, sobre todo de equidad interterritorial, en que debemos hacer un esfuerzo de solidaridad entre todos para preservar ese principio, y también en la necesidad de hacer efectiva, aun cuando estemos hablando de un porcentaje del 1 ó del 1,3 por ciento, la

plena universalización de la asistencia sanitaria. Respecto a los juicios de tipo político, no corresponde a esta institución pronunciarse sino a SS.SS., como representantes de los diferentes grupos parlamentarios.

En cuanto al señor Delgado, coincido con las causas de esas listas de espera que S.S. apuntaba y agradezco su intervención y el reconocimiento que hace a la bondad de este estudio monográfico. Respecto al método y alcance del estudio, es un estudio que no puede tener un final porque estamos ante un sector que es tremendamente dinámico. Un plan de choque de una comunidad autónoma o de un servicio de salud que decide concertar todas las artroscopias de rodilla, en sólo dos o tres meses acaba con una tremenda lista de espera de artroscopia porque la concierta con un servicio, propio o externo, o con un hospital de su propia comunidad que no tiene la misma carga de demanda que puede tener el hospital donde se encuentra ubicada la lista de espera. Lógicamente, en algún momento teníamos que poner el punto final y de ahí la imperfección del estudio, única y exclusivamente estadística. Si sólo nos fijamos en esos datos, poco podemos hacer. Con relación a que con posterioridad a la realización del informe no se hayan incluido datos aportados por alguna comunidad autónoma, no había más intencionalidad que la de manifestar que estamos ante una problemática dinámica. El Defensor ha apuntado en su intervención que aunque hayan sido Madrid y Castilla-La Mancha las comunidades que han aportado una serie de documentación, seguro que hay otras muchas comunidades autónomas que la tienen, o bien como fruto de las recomendaciones del Defensor del Pueblo o bien porque tenían previsto una serie de acciones que iban encaminadas a limitar las listas de espera.

Coincido con S.S. en que lo que pretendíamos no era utilizar este estudio monográfico como arma arrojadiza sino llamar la atención a través de recomendaciones y de sugerencias. Asimismo, coincido en el derecho a la información y la necesidad de establecer un denominador común respecto a los criterios de prioridad, de indicación quirúrgica en colaboración con las sociedades científicas. También quiero decirle que

desde la institución del Defensor del Pueblo se ve positiva la reciente iniciativa legislativa del Ministerio de Sanidad que, en general (no entro en una valoración puntual porque tampoco la tenemos estudiada en profundidad), va en la línea de coordinar esfuerzos entre los diferentes servicios de salud, dentro de un Sistema Nacional de Salud.

Posiblemente haya dejado pendientes muchas cosas de las que SS.SS. han dicho, pero quisiera quedarme con estas conclusiones. Primero, que no vean en éste un estudio científico exhaustivo porque era imposible realizarlo con los medios que teníamos; segundo, que lo único que pretendíamos era llamar la atención sobre la gravedad de la existencia de listas de espera que no son aceptables ni clínica ni socialmente; tercero, que hace falta adoptar unos criterios que nos permitan la conexión entre la atención primaria y la atención especializada, normalizar cuáles son las unidades de admisión y las que van a centralizar las pruebas diagnósticas y las visitas a los especialistas; cuarto, que hay que ver cuáles son las prioridades de los pacientes en las listas de espera y las indicaciones quirúrgicas y sobre todo normalizar y mejorar los sistemas de información, homologándolos para que puedan ser comparables y en el futuro no nos veamos con esta dicotomía que hoy día tenemos.

Nada más y muchas gracias a todos los portavoces por cómo han acogido este informe.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias al adjunto segundo, don Manuel Aguilar. Muchísimas gracias a la institución del Defensor del Pueblo, representada aquí por su titular don Enrique Múgica, sus adjuntos y los colaboradores técnicos que les acompañan. Y a SS.SS., retomando las palabras de doña Marisa Castro, que tengan ustedes unas entrañables Navidades y que en el 2003 se cumpla lo que quieren ustedes que se cumpla.

Se levanta la sesión.

**Eran las siete y cincuenta minutos de la tarde.**

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

