

Los costes de las listas de espera para el conjunto del sistema público sanitario y de protección social

40

*La propia caracterización del Sistema Andaluz de Salud, como sistema sanitario público de carácter universal por el artículo 22.1 del Estatuto de Autonomía, conlleva que **el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias sea uno de los ámbitos de mayor intervención de esta Defensoría en el año 2024**, destacando el número de quejas referidas al incumplimiento del **derecho de la ciudadanía a recibir asistencia en un tiempo máximo**.*

Nuestra Constitución reconoce el **derecho a la protección de la salud** como un mandato dirigido a los poderes públicos para garantizar una asistencia segura y suficiente que, en su condición de servicio público, deberá observar los principios de legalidad, eficacia y eficiencia. En este sentido, **la defectuosa gestión de las listas de espera sanitaria** se ha rebelado históricamente como un es-

collo común y recurrente en los sistemas sanitarios de carácter universal y financiados públicamente, al concurrir en estos casos un desajuste entre la oferta de medios disponibles y la demanda.

Sin embargo, esta problemática no se ciñe a una mera previsión de prestaciones en el marco de los principios rectores dirigidos a los poderes públicos, sino que también alcanza a los **derechos que pueden ser exigidos por la ciudadanía**, como se advierte en la variada casuística que las personas usuarias inscritas en las diferentes listas de espera del Sistema Sanitario Público andaluz nos plantean.

Esta problemática incide en los particulares de un modo directo cuando compromete su derecho fundamental a la vida e integridad física, pero también es posible referir consecuencias indirectas de

tal proceder para su bienestar moral, su derecho al trabajo e incluso su derecho a acceder a prestaciones sociales.

Al mismo tiempo, las respuestas dadas en nuestras investigaciones por los distintos centros y servicios sanitarios nos impulsa a reflexionar en qué medida la omisión o tardanza en la prestación de asistencia **cuestiona el deseable buen funcionamiento del Sistema Andaluz de Salud** al comprometer su finalidad última como servicio público, en cuanto garante de las medidas y prestaciones que sirvan de soporte asistencial a la vida y a la salud de las personas.

En este sentido, se aprecia cómo esta disyuntiva trasciende de la estricta atención sanitaria y las tareas administrativas inherentes a la gestión ordinaria de las listas de espera para sobrecargar el Sistema con **demandas ajenas pero consecuentes con su gestión defectuosa**, como pueden ser las reclamaciones de indemnización, las peticiones de reintegro de gastos o la justificación de prestaciones previstas por la acción protectora de la Seguridad Social ante situaciones de necesidad.

La propia caracterización del Sistema Andaluz de Salud como sistema sanitario público de carácter universal por el artículo 22.1 del Estatuto de Autonomía, conlleva que **el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias sea uno de los ámbitos de mayor intervención de esta Defensoría en el año 2024**, destacando por su número las quejas referidas al incumplimiento del **derecho de los ciudadanos y ciudadanas a recibir asistencia en un tiempo máximo**.

Esta garantía tiene carácter básico a nivel estatal, pero nuestra Comunidad Autónoma elevó este **derecho a nivel estatutario en el artículo 22.2 g) del Estatuto de Autonomía**, reconociendo a los pacientes y usuarios del Sistema Andaluz de Salud el derecho a disfrutar de la garantía de un tiempo máximo para el acceso a sus servicios y tratamientos.

En la actualidad, el desarrollo reglamentario de dicha garantía se concreta en dos Decretos: el [Decreto 209/2001, de 18 de septiembre](#), por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA nº 114, de 2 de octubre), y el [Decreto 96/2004, de 9 de marzo](#), por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA nº 62, de 30 de marzo).

De forma sucinta, dichos Decretos fijan en 30 días el plazo máximo de garantía para la realización de procedimientos diagnósticos, en 60 días para la asistencia en las primeras consultas de atención especializada y en 180 días la práctica de intervenciones quirúrgicas. No obstante, tales plazos se limitan exclusivamente a los procedimientos diagnósticos y operaciones quirúrgicas enumerados en los anexos de ambos Decretos.

La fijación de estos plazos responde a la necesidad de conciliar la gestión de una asistencia universal y gratuita con la limitación de medios y recursos, constituyendo a efectos prácticos **el tiempo máximo que una persona puede esperar para ser va-**

lorada, diagnosticada o tratada de patologías clínicamente no urgentes.

Con independencia de la práctica inminente de aquellas operaciones urgentes o de carácter oncológico no demorables cuya volumen justifica algunos centros como causa de los retrasos en la lista de espera, la casuística recurrente en las quejas resueltas a lo largo de este año por **demora en la práctica de intervenciones quirúrgicas** permite distinguir tres grandes grupos: i) intervenciones quirúrgicas sujetas a la garantía de plazo máximo programadas con carácter preferente, ii) intervenciones quirúrgicas sujetas a la garantía de plazo máximo programadas con carácter normal, e iii) intervenciones quirúrgicas no sujetas a la garantía de plazo máximo.

El primer grupo comprende las demoras quirúrgicas más importantes por su probable incidencia directa negativa en la salud de los pacientes, pues su calificación como preferente responde a una valoración clínica previa que aprecia una situación de riesgo que es aconsejable no demorar. En estas quejas, es destacar la desesperación que manifiestan sus promotores ante el retraso de sus operaciones por el tremendo padecimiento y malestar físico que llevan aparejadas tales patologías, llegando muchos de ellos a referir cómo su organismo ha acabado asimilando la medicación analgésica prescrita, requiriendo mayores dosis para mitigar el dolor con el consiguiente afectación al sistema digestivo y demás efectos secundarios a nivel de consciencia .

Desde el punto de vista sanitario, la demora de este tipo de intervenciones provoca una **sobrecarga en los de consultas y urgencias hospitalarias** al ser

las únicas unidades clínicas a las que pueden acudir los usuarios para lograr la atención cualificada que demanda su situación, aunque en muchos casos se trate de un alivio puntual, como se aprecia en los casos de litiasis. A su vez, esta situación agrava el problema recurrente de su saturación en unos servicios ya de por sí fuertemente tensionados desde la pandemia.

A ello, hay que unirle el agravamiento o irreversibilidad que la demora puede tener en la integridad física del paciente, razón por la cual decide recurrir a los servicios de la sanidad privada para reclamar posteriormente a la Administración el **reintegro de los gastos desembolsados**. Esta práctica, amparada en el [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](#), obliga a los servicios de gestión y administración sanitarios a abrir y tramitar un expediente de reintegro, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de estas unidades administrativas y la adscripción de personal que de otro modo podría mantenerse o destinarse a la gestión de las listas de espera. En este sentido, algunos promotores nos han manifestado cómo después de tomar la difícil decisión de abandonar el sistema público y afrontar los gastos de su intervención con sus propios recursos, se ven inmersos en un procedimiento administrativo que resuelve desestimar su pretensión y les aboca a la vía judicial, vía que conlleva movilización de recursos tanto para el interesado como para la propia Administración, que viene obligada a disponer de sus letrados para personarse y actuar en juicio.

Las mismas reflexiones cabe extender a aquellos supuestos en los que los promotores han optado por la vía de la **reclamación de responsabilidad patrimonial para exigir dichos gastos**, sobrecar-

gando de este modo un servicio ya de por sí saturado como es el Servicio de Riesgos, adscrito a la dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, pero cuya actuación también afecta a los servicios y unidades clínicas y administrativas de los centros hospitalarios cuyo funcionamiento ha provocado la reclamación al resultar obligatoria la emisión de informe sobre los asuntos reclamados.

Tanto en uno como en otro caso, la resolución de tales peticiones se agrava por el **incumplimiento de los plazos máximos legalmente fijados para su resolución**, lo que resulta preocupante no solo desde un punto de vista jurídico, sino también desde una perspectiva ética, en cuanto a la humanización de la prestación de la asistencia sanitaria se refiere, como factor de excelencia de la sanidad pública.

El segundo grupo de intervenciones abarca una amplia variedad de supuestos, si bien las quejas más numerosas se refieren a las demoras en la práctica de artroscopia, abarcando desde las artroscopias de hombro a las de rodillas, pasando por las de espalda, riñón o cráneo. Al igual que en el caso anterior, el [Decreto 209/2001, de 18 de septiembre](#), contempla como garantía la posibilidad de ser intervenido en otros centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía o centros concertados tras el vencimiento del plazo máximo de intervención.

Ante la prolongación de los tiempos de espera en este tipo de intervenciones, la reacción del sistema para dar solución a esta situación se concreta en dos **medidas extraordinarias**: i) la continuidad asistencial de los facultativos en horario de tarde, y ii) conciertos sanitarios con clínicas del sector

privado. Ambas medidas son legalmente válidas, pero constatan una defectuosa gestión de la demanda asistencial que obliga a **cargar sobre el presupuesto su financiación**.

Desde el punto de vista presupuestario, también debe destacarse cómo la prolongación de los tiempos de espera obliga en muchos casos a volver a practicar pruebas cuyos resultados han caducado, especialmente en lo referente a las pruebas de anestesia y preparatorias de la operación, con la consiguiente **duplicidad de gastos y el empleo ineficiente de medios técnicos y humanos**.

También es reseñable la constatación de cómo la imposibilidad de algunos hospitales de afrontar las intervenciones aún en plazos muy superiores a los fijados en el [Decreto 209/2001, de 18 de septiembre](#), está empezando a afectar a hospitales de otras provincias al ejercer los usuarios su derecho a la libre elección de centro hospitalario por desechar toda esperanza de ser intervenidos a medio o largo plazo en su centro de referencia. Los efectos de esta situación se traducen en **nuevas evaluaciones clínicas y pruebas diagnósticas** por el centro seleccionado, que ya habían sido realizadas, frustrando la esperanza de terminar en quirófano, debido a la consiguiente demora concurrente de sus procesos e incluso, de manera excepcional puede acaecer que la reevaluación por el especialista del Centro de libre elección, conduzca a un cambio de diagnóstico y/o de tratamiento, con cancelación de la intervención programada por estimarse innecesaria.

Tales consecuencias también se extienden a la propia **planificación y gestión administrativa del sistema en su conjunto**.

Esta situación resulta particularmente frecuente en el último tipo de intervenciones referidas: intervenciones quirúrgicas no sujetas a la garantía de plazo máximo, en particular, en las operaciones de patología benigna de próstata.

La demora en recibir asistencia sanitaria afecta a la vida e integridad física de paciente, pero también de forma indirecta a su bienestar moral, su derecho al trabajo e incluso su derecho a acceder a prestaciones sociales

Los problemas aludidos también son observables en los **procesos asistenciales y las primeras consultas en atención especializada, así como en las consultas de seguimiento y revisión de atención especializada** aún cuando no se encuentran comprendidas en el ámbito del Decreto 96/2004, de 9 de marzo. No obstante, en estos procedimientos resulta destacable cómo muchas de las patologías llevan aparejadas la declaración de baja laboral temporal cuya prolongación en el tiempo, ante la falta de un diagnóstico definitivo, acaba provocando la **declaración de alta forzosa** por las mutuas laborales y órganos de la Seguridad Social y la extinción de la prestación social. Perjuicio que no se limita al particular, pues la demora en estos procesos también han comportado **una carga**

para el sistema de protección social al financiar situaciones que podrían ser resueltas médicamente con el consiguiente cese de la prestación.

Esta circunstancia resulta todavía más gravosa para los particulares adscritos al régimen especial de trabajadores autónomos, como nos trasladan numerosas quejas, al no poder mantener sus negocios o seguir con su actividad, o cuando sufren patologías dolorosas no invalidantes que no llevan aparejada la baja laboral, como hernias y procesos traumatológicos, que comprometen su capacidad de trabajo y rendimiento debido a unas mínimas exigencias físicas de su profesión, como sucede en el ámbito de la hostelería o la construcción, temiendo por su **situación laboral o pérdida de empleo**.

A la luz de los testimonios reflejados, se constata la necesidad de optimizar los recursos disponibles que serán siempre limitados, mediante un empleo óptimo de quirófanos, consultas y pruebas diagnósticas y la potenciación de las políticas de personal, como medio que permita **reducir las listas de espera y los efectos indirectos ya referidos que esta situación provoca tanto a nivel ciudadano, como institucional**.